

**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Pessoa em Situação**  
**Crítica**

Relatório de Estágio

**Cuidados de Enfermagem Especializados à Família da**  
**Pessoa Politraumatizada, no contexto de cuidados**  
**críticos**

**Catarina Alexandra de Oliveira Barroso**

**Lisboa**  
**2016**

A decorative graphic in the bottom right corner consisting of several overlapping, curved green shapes that resemble stylized waves or a modern logo element.





**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Pessoa em Situação**  
**Crítica**

Relatório de Estágio

**Cuidados de Enfermagem Especializados à Família da**  
**Pessoa Politraumatizada, no contexto de cuidados**  
**críticos**

**Catarina Alexandra de Oliveira Barroso**

Orientador: Professora Doutora Anabela Mendes

**Lisboa**  
**2016**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública





“Aqueles que passam por nós não vão sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós” (Antoine de Saint-Exupéry, 1946)

O presente relatório é produto de uma caminhada que é sem dúvida gratificante, traduzindo um crescimento não só profissional, como pessoal.

Como percursos imprescindíveis do meu crescimento, agradeço ao meu namorado Luís, pelo positivismo adicionado, pelo apoio e companheirismo na jornada, à minha tia Clara, pelo suporte, pela presença sensata, pelo modelo de pessoa que é e que quero seguir e claro à minha professora Anabela pelo caminho de mão dada.



## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APA - *American Psychological Association*

BPS - *Behavioral Pain Scale*

CPOT - *Critical Care Pain Observation Tool*

CRRNEU - Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência

CTAPRU - Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação da Rede de Urgência Geral

CVC - Catéter Venoso Central

DGS - Direção-Geral da Saúde

EGDS - *Early Goal Directed Sedation*

EOT - Entubação Oro Traqueal

EPI - Equipamento de Proteção Individual

IACS - Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

Nº - Número

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

PAV - Pneumonia Associada à Ventilação

PDA - *Pain, Delirium, Agitation*

PSC - Pessoa em Situação Crítica

RASS - *Richmond Agitation Sedation Scale*

SPCI - Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SR - Sala de Reanimação

SU - Serviço de Urgência

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos



## RESUMO

O presente relatório reflete o culminar do percurso realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de especialização Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. É através do mesmo que descrevo a finalidade e objetivos, e as atividades realizadas, que permitiram o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, como produto da capacidade de reflexão sobre o processo que utilizou como metodologia o trabalho de projeto. Por sua vez, o desenvolvimento destas competências contribuíram para uma progressão nos níveis de desenvolvimento preconizados por Benner (2001), advogando uma quebra da hegemonia do ensino teórico, centrando a componente de desenvolvimento nos contextos dos cuidados e reflexão sobre os mesmos, como forma de construção da perícia.

Para o efeito, a escolha da área de intervenção da prestação de cuidados de enfermagem especializados à família da pessoa politraumatizada, em contexto de cuidados críticos é baseada no facto do trauma constituir um problema *major* de Saúde Pública no mundo, com a morte de cerca de 1,3 milhões de pessoas anualmente (OMS, 2012) e a pessoa politraumatizada, enquanto ser único, estar inserida numa família e comunidade, sendo por um lado, produto deste sistema e influenciando-o por outro, pressupondo uma necessidade de intervenção conjunta, rumo ao enquadramento cada vez mais premente da profissão de Enfermagem no paradigma da transformação, utilizando neste caso o modelo teórico das transições de Meleis (2000).

Palavras-chave: Enfermagem, politrauma ou trauma múltiplo, família e transições

## **ABSTRACT**

The present report reflects the path's route produced during the Nursing Master degree, in the specialization area of person in critical situation, of Lisbon's Nursing Superior School. Hereby I describe the purpose, the goals, and the activities performed, that allowed the specialized nurse common skills and the person in critical situation specialized nurse specific skills development, as a result of the reflection on the process, that have used the project work methodology. In turn, the skills development contributed for the progress through the Benner's (2001) development levels, defending a break with theoretic teaching hegemony, centering the component development on care context and the reflection on it, as a form to expertise construction.

For this, specialized nursing to the polytrauma patient's family, in critical care context, the health care intervention area chosen, was based on the fact that trauma is a major public health problem on world, with approximately 1,3 deaths every year (WHO, 2012) and the polytrauma patient, as one and only, being family and community included, one hand as system product and other hand influencing it, imply a joint intervention need, on it's road to a nursing profession's pressing need to frame on a transformation paradigm, using in this case Meleis (2000) transitions model.

**Key words:** Nursing, polytrauma or multiple trauma, family and transitions.



# **ÍNDICE**

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>17</b>
<b>1. IDENTIFICAÇÃO E JUSTIFICAÇÃO DA PERTINÊNCIA DA ÁREA DE INTERVENÇÃO E ESTUDO</b>	<b>19</b>
<b>2. FINALIDADE E OBJETIVOS</b>	<b>23</b>
<b>3. METODOLOGIA</b>	<b>29</b>
<b>4. ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	<b>33</b>
4.1 Caracterização da complexidade epidemiológica e sociológica do Trauma, como condição facilitadora para intervenção	33
4.2 Implementação de Mecanismos Organizacionais e do Sistema de Trauma em Portugal, rumo à melhoria dos indicadores	36
4.3 A pessoa politraumatizada, em contexto de cuidados críticos	40
4.4 A família da pessoa politraumatizada, em contexto de cuidados críticos	45
4.5 Intervenção terapêutica especializada de enfermagem à família da pessoa politraumatizada, em contexto de cuidados críticos, à luz da teoria das transições de Meleis	47
<b>5. ANÁLISE DO PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS</b>	<b>55</b>
5.1 Cuidar da pessoa politraumatizada e sua família em contexto de SU Polivalente e UCI	56
5.1.1. Objetivo 1 - Mobilizar conhecimentos e competências múltiplas, para responder com qualidade, em tempo útil e de forma humanizada às necessidades da pessoa politraumatizada e sua família	58

5.1.2. Objetivo 2 - Implementar intervenções terapêuticas de Enfermagem para prevenção e controlo de lesão secundária e infeção na pessoa politraumatizada	<b>67</b>
5.1.3. Objetivo 3 - Implementar intervenções terapêuticas de enfermagem de forma a gerir a dor e garantir o bem-estar da pessoa politraumatizada e sua família	<b>74</b>
5.1.4. Objetivo 4 - Desenvolver competências de comunicação interpessoal, substanciando a relação terapêutica com a pessoa e família face à situação de transição saúde-doença e situacional	<b>79</b>
5.1.5. Objetivo 5 - Capacitar a família, para a assunção da função de parceiro de cuidados, no processo de transição saúde-doença da pessoa politraumatizada	<b>85</b>
5.1.6. Objetivo 6 - Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação	<b>92</b>
CONSIDERAÇÕES FINAIS	<b>97</b>
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	<b>101</b>

## **APÊNDICES E ANEXOS**

APÊNDICE I - CRONOGRAMA DO 3º SEMESTRE

APÊNDICE II - OBJETIVOS E ATIVIDADES DOS CAMPOS DE  
ESTÁGIO

APÊNDICE III - JORNAL DE APRENDIZAGEM I

APÊNDICE IV - DOCUMENTO DE SUPORTE ESCRITO À FAMÍLIA,  
EM SU

APÊNDICE V - RESUMO PARA SUBMISSÃO DE POSTER - 3º  
ENCONTRO DE ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIA - 1º ENCONTRO  
DE ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM EM PSC

APÊNDICE VI - POSTER - 3º ENCONTRO DE ENFERMAGEM EM  
EMERGÊNCIA - 1º ENCONTRO DE ENFERMEIROS  
ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM EM PSC

APÊNDICE VII - PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

APÊNDICE VIII - SESSÃO DE FORMAÇÃO

APÊNDICE IX - JORNAL DE APRENDIZAGEM II

ANEXO I - ALGORITMO DO PROTOCOLO DE INSULINA  
ENDOVENOSA CONTÍNUA, DA UCI

ANEXO II - CERTIFICADO DO CURSO DE VENTILAÇÃO INVASIVA

ANEXO III - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO 3º ENCONTRO DE ENFERMAGEM EMERGÊNCIA - 1º ENCONTRO DE ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

ANEXO IV - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NAS 23ª JORNADAS DA UNIDADE DA DOR DO HOSPITAL GARCIA DE ORTA

ANEXO V - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO CONGRESSO "STATUS 5" - TRAUMA, EMERGÊNCIA, REANIMAÇÃO - O ESTADO DA ARTE

ANEXO VI - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO III CONGRESSO INTERNACIONAL DE CUIDADOS INTENSIVOS E UNIDADES INTERMÉDIAS DO CENTRO HOSPITALAR DO PORTO XIII CONGRESSO DO ARCO IBEROATLÂNTICO

ANEXO VII - BUNDLE - PREVENÇÃO DA INFEÇÃO ASSOCIADA À PAV

ANEXO VIII - BUNDLE - PREVENÇÃO DA INFEÇÃO ASSOCIADA AO CVC

ANEXO IX - PROTOCOLO PARA ADMINISTRAÇÃO DE ÁCIDO TRANEXÂMICO NO SU

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Intervenção especializada de Enfermagem à luz do paradigma da transformação e da Teoria das transições de Meleis (2000)	20
<b>Figura 2</b> - De iniciado a perito, segundo Benner (2001)	24
<b>Figura 3</b> - Percurso de desenvolvimento de competências	26
<b>Figura 4</b> - Aprendizagem experiencial	27
<b>Figura 5</b> - Relatório de estágio como produto do percurso realizado	32
<b>Figura 6</b> - Contexto específico de transição saúde-doença e a intervenção terapêutica de enfermagem	42
<b>Figura 7</b> - Sentimentos associados à experiência do trauma	43
<b>Figura 8</b> - Experiência corporal do trauma	44
<b>Figura 9</b> - Intervenção terapêutica de enfermagem sobre a lógica percebida, como produto	44
<b>Figura 10</b> - Família como alvo e parceiro de cuidados	50
<b>Figura 11</b> - Intervenção terapêutica de enfermagem sobre a vulnerabilidade	51
<b>Figura 12</b> - Construção da aprendizagem experiencial	55
<b>Figura 13</b> - Relação terapêutica fundamentada nas competências de comunicação interpessoal	80
<b>Figura 14</b> - Intervenção especializada de enfermagem na família	89



## INTRODUÇÃO

No âmbito do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem (compaginado com os descritores de Dublin para o 2º ciclo de formação) na Área de especialização pessoa em situação crítica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, realizei um estágio durante o 3º Semestre, num Serviço de Urgência (SU) e numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) da região de Lisboa, que culmina com o presente relatório e com o qual se pretende a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem na Área de especialização da Pessoa em Situação Crítica (PSC).

Com a finalidade de desenvolver competências para agir como perito na prestação na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa e seus significativos que vivenciam situações críticas de saúde, em contextos de SU ou UCI, bem como a criação de condições que garantam a prestação de cuidados de qualidade, com a realização deste relatório proponho (utilizando a taxonomia de Bloom) responder aos objectivos do Curso de Mestrado em Enfermagem e da Unidade Curricular Estágio com relatório. Assim saliento: Demonstrar capacidade de análise acerca do desenvolvimento do conhecimento que sustentou e ou sustente a prática de Enfermagem, dominando a linguagem da comunidade científica e sendo capaz de comunicar as conclusões e os processos de pensamento subjacentes, de forma clara; Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, particularmente em contextos de SU e de UCI; Demonstrar um nível aprofundado de conhecimento na área específica da Enfermagem e consciência crítica para os problemas atuais/novos da disciplina; Refletir sobre as perspectivas de intervenção do enfermeiro perito (especializado) em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica; Examinar o desenvolvimento do conhecimento no âmbito dos cuidados críticos que sustente a prática de enfermagem; Desenvolver uma compreensão aprofundada e inovadora do discursos contemporâneo sobre saúde, doença e na organização dos cuidados à pessoa em situação crítica e Analisar criticamente a dimensão ética, política, social e económica da prática, aplicando o conhecimento de enfermagem e de outras disciplinas nos

diferentes contextos da prática clínica.

A finalidade e os objectivos anteriormente expostos, são pilares essenciais para o desenvolvimento de competências gerais do enfermeiro especialista e de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, segundo os regulamentos da Ordem dos Enfermeiros, sendo que a escolha do fenómeno de interesse **"Cuidados de Enfermagem especializados à família da pessoa politraumatizada em contexto de cuidados críticos"** foi focalizado neste aspeto e no interesse pessoal pela problemática.

Para a consecução do anteriormente exposto torna-se importante referir a estrutura deste relatório (formatada de acordo com as regras de formatação de trabalhos escritos da ESEL e com bibliografia segundo a APA), onde foi primeiramente identificada e justificada a pertinência da área de intervenção e estudo, de seguida definidos a finalidade e os objetivos, a metodologia, o enquadramento teórico, onde realizo a caracterização da complexidade epidemiológica e sociológica do trauma, da implementação dos mecanismos organizacionais e do Sistema de Trauma em Portugal, da pessoa politraumatizada em contexto de cuidados críticos, da família da pessoa politraumatizada e das intervenções terapêuticas especializadas à mesma, à luz da teoria das Transições de Meleis. De seguida realizo a análise do percurso de desenvolvimento de competências em estágio no contexto de SU e de UCI, organizado de acordo com os objetivos estabelecidos e por fim teço as considerações finais.

Lembrar que, a aquisição de competências ao longo do estágio, foi baseada no Modelo de Dreyfus aplicado à enfermagem por Patrícia Benner (2001). A autora assume que os enfermeiros procuram, cada vez mais, apresentar com clareza o que os cuidados de enfermagem são exatamente, diferenciando-os dos cuidados estritamente biomédicos e tecnicistas, não deixando estes de ser a essência do desenvolvimento de competências profissionais, tanto no domínio interdependente como no domínio autónomo ou independente, para que, se progrida de principiante, a principiante avançado, a competente e depois de proficiente até ao nível de perito.

Todo as atividades desenvolvidas no decorrer do estágio tiveram como objetivo o desenvolvimento a nível de proficiente/perito. Neste contexto foi



relevante a experiência que o profissional já detinha, uma vez que, como refere Benner (2001, p.61) “a teoria oferece o que pode ser explicado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria”.

## **1. IDENTIFICAÇÃO E JUSTIFICAÇÃO DA PERTINÊNCIA DA ÁREA DE INTERVENÇÃO E ESTUDO**

O Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem (2010) define a pessoa em situação crítica como aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Sendo que os cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados e prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas, permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Amplamente enquadrada na definição anteriormente apresentada, a pessoa politraumatizada, é vítima de um evento traumático inserido num fenómeno maior que exige especial atenção e investimento por se tratar de um problema *major* de Saúde Pública no mundo, com a morte de cerca de 1,3 milhões de pessoas anualmente (OMS, 2012), na Europa como a quarta causa de morte mais comum (DGS, 2010) e que Portugal, segundo Gomes, *et al* (2011) lidera a lista de países europeus em termos de incidência, com uma taxa de mortalidade por acidente de 7,2 indivíduos por cada 100 000 habitantes (DGS, 2015).

Neste contexto, um dos aspetos mais importantes a que pretendo dar ênfase, é que a pessoa politraumatizada, enquanto ser único, está inserida numa família e comunidade, sendo por um lado, produto deste sistema e influenciando-o por outro. Assim sendo e rumo a um enquadramento cada vez mais premente da profissão de Enfermagem no paradigma da transformação (Figura 1), considero essencial a consideração da família (neste contexto da

pessoa politraumatizada), que vive uma transição do tipo situacional, simultaneamente alvo da intervenção terapêutica de enfermagem e parceiro de cuidados, numa filosofia que pretende defender que quanto melhor conhecermos e cuidarmos da família, mais aptos estaremos a prestar cuidados mais personalizados, sensíveis e holísticos e portanto de maior qualidade.

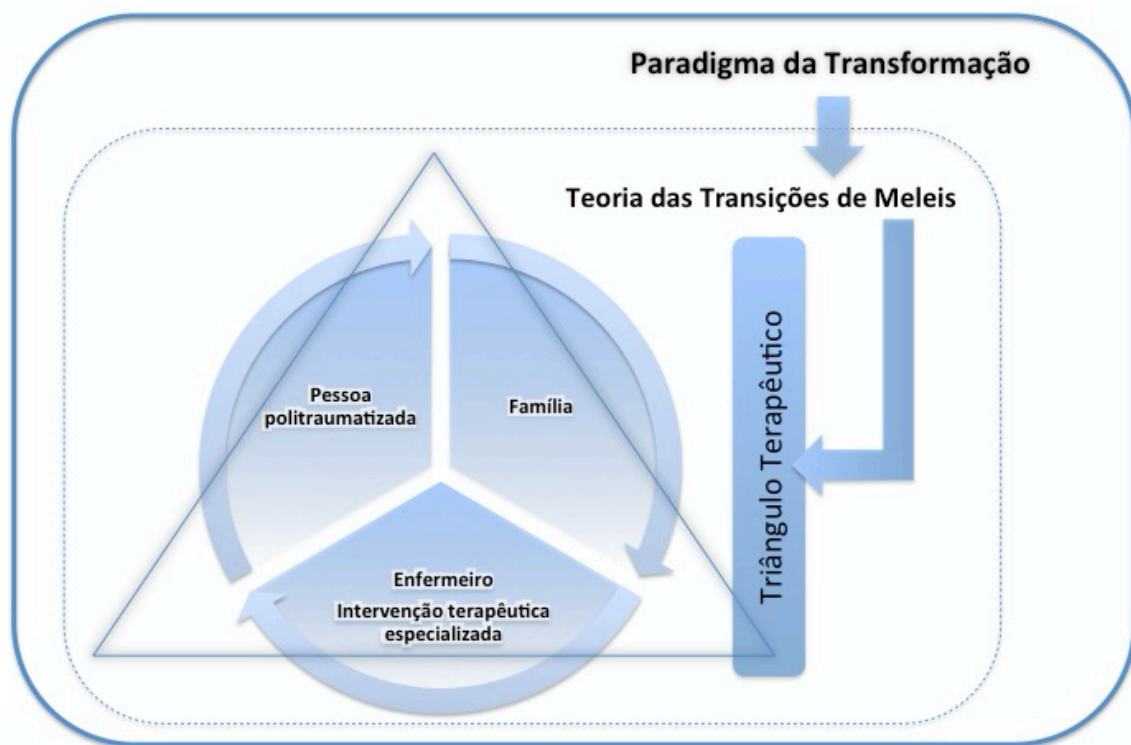


Figura 1 - Intervenção especializada de Enfermagem à luz do paradigma da transformação e da Teoria das Transições de Meleis

Neste ponto, a profissão de Enfermagem, pela sua intervenção a nível primário, secundário e terciário, tem uma responsabilidade e importância sagaz, no compromisso assumido perante a missão e na melhoria de todos os indicadores de saúde relacionados com esta problemática, sendo este aspeto também fundamentado no ponto 3 dos princípios orientadores da atividade dos Enfermeiros, alínea a) da responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade, do artigo 78º - dos Princípios Gerais - do Código Deontológico dos Enfermeiros.

Toda a atuação no domínio da enfermagem está diretamente relacionada com a forma como nos colocamos perante o Cuidar, como o conhecemos e conceptualizamos. A enfermagem é descrita por Benner como a relação de cuidar, condição que possibilita a ligação e preocupação entre as pessoas

(Benner & Wrubel, 1989). Watson (1988) refere que a Enfermagem consiste na ciência e na filosofia do “*Caring*” e Roach afirma que a Enfermagem é a profissionalização da capacidade humana de cuidar. Podemos desta forma assumir que a Enfermagem tem uma natureza específica, um “Core” - núcleo central, ênfase, âmago - que caracteriza as particularidades, quer da disciplina no espaço multidisciplinar do domínio das ciências da saúde, quer da profissão no espaço multiprofissional dos contextos de prestação de cuidados.

Enfermagem avançada surge assim neste contexto, significando maior competência para o desempenho centrado numa lógica mais conceptual e concretizada pela inter relação pessoal - baseado em teorias de Enfermagem que têm por “core” o diagnóstico e a assistência em face das respostas humanas (pessoas e famílias) às transições vividas ao longo do ciclo vital; e mais competências de tomada de decisão, usando conhecimento gerado pela investigação e teoria de Enfermagem, em detrimento do que se considera “prática avançada” (com o seu âmago essencialmente no conhecimento gerado pela investigação em Medicina e portanto no paradigma biomédico). Assim, surge uma necessidade premente de investimento cada vez maior na formação, que aliada ao princípio orientador da atividade dos Enfermeiros - a excelência do exercício profissional (Artigo 78º dos princípios gerais, ponto 3 dos princípios orientadores da atividade dos enfermeiros, alínea c) e do artigo 88º da Excelência do Exercício, do Código Deontológico dos Enfermeiros), baseado na melhor evidência científica, vai promovendo o aperfeiçoamento profissional, que mais do que mera atualização de conhecimentos com que se cumpre o dever de zelo, é o caminho da construção de competências.

Partindo do princípio de que a competência profissional se caracteriza fundamentalmente como juízo e ação sensata em situações complexas, únicas e incertas, com valores em conflito, também requer conhecimento reflexivo para lidar com áreas que não se prestam a soluções comuns (Leddy e Pepper, 1993), sendo assim da ordem do saber mobilizar, segundo Le Boterf (1994) e do transferir, segundo Benner (2001).

Saber intervir junto à pessoa em risco de vida, priorizando os cuidados, interagindo com a pessoa e família, requer saberes, qualificação académica e uma abertura à aprendizagem contínua, que promove a aquisição de competências. Segundo Benner (2001) postula, a aquisição destas pelos

enfermeiros desenvolve-se por diferentes estadios: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito e é assim no contexto da importância da intervenção especializada de enfermagem na problemática em causa, sustentada também pela premência do desenvolvimento de competências, que se foi desenhando o caminho proposto.

## 2. FINALIDADE E OBJETIVOS

Os estágios realizados em contexto clínico, assim como o presente relatório, como produto do resultado do trabalho desenvolvido nos mesmos, tiveram como desígnio último o desenvolvimento de conhecimentos e competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializados, na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, integrada primeiramente no Curso de Mestrado em Enfermagem. Tendo em conta este propósito, foi definido um percurso que respondesse em primeira instância à pertinência, exequibilidade e fundamentação para a Enfermagem e consequentemente aos seguintes objetivos:

- a) Capacidade de análise acerca do desenvolvimento do conhecimento que sustentou e/ou sustente a prática de enfermagem, dominando a linguagem da comunidade científica e sendo capaz de comunicar as suas conclusões e os processos de pensamento subjacentes, de forma clara;
- b) Compreensão aprofundada do(s) discurso(s) contemporâneo(s) sobre saúde, doença e cuidar/tratar e sua implicação nas políticas de saúde, na organização dos cuidados e na prática dos profissionais de saúde;
- c) Capacidade de análise das dimensões ética, política, histórica, social e económica da prática de enfermagem;
- d) Saber aplicar o conhecimento de enfermagem e de outras disciplinas nos diferentes contextos da prática clínica, desenvolvendo projetos que reflitam e questionem práticas e paradigmas existentes a nível da enfermagem e processos de inovação ao nível das práticas de cuidados.

(Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2014, p. 6-7)

O desenvolvimento de competências "é um processo de transformação individual que envolve a dimensão do Saber (conhecimentos), do Saber-Fazer (capacidades), do Saber-Ser (atitudes e comportamentos) e do Saber-Aprender (evolução das situações e a permanente atualização e adaptação que estas exigem). Todos estes saberes são cruciais para que haja da parte do formando um Saber-Transformar, ou seja, uma interação entre estes saberes e

uma adaptação aos contextos de trabalho" (Dias, 2004, p.58).

A prática e o saber que mobiliza e que se lhe associa, sendo um saber construído pela experiência e na ação, é de importância fulcral, pois a singularidade de cada situação de cuidados, não se compadece com a aplicação de procedimentos standardizados (Canário, 2000), sendo que Benner (2001) refere que uma prática competente em Enfermagem só é completamente apreendida se incluirmos os contextos, as intenções e as interpretações da prática. Assim, faz sentido mais à frente neste relatório, fazer um diagnóstico relativamente ao meu percurso de desenvolvimento de competências profissionais, que a mesma autora na sua obra, "De iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem" identifica por níveis de desenvolvimento. Sendo que é no último nível, perito, que culmina todo o desenvolvimento de competências do Mestrado em Enfermagem em PSC, com o estágio em campos específicos de intervenção e com a realização deste relatório. Define por sua vez uma necessária continuidade deste trabalho e ganha mais significado por ser parte significativa na construção do caminho, rumo ao nível de perito, importando no entanto, ter consciência que segundo Benner (2001), nem todos os enfermeiros são capazes de o atingir (Figura 2).



Figura 2 - De iniciado a perito, segundo Benner (2001)

Por sua vez, o Mestrado em Enfermagem em PSC, com a realização de estágio promove também a especialização na mesma área, reconhecida pela Ordem dos Enfermeiros.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010), especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. Neste contexto, este campo específico de intervenção, promove cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Assim sendo e tendo por base todas as anteriores premissas defini como finalidade para o estágio o **desenvolvimento de competências específicas que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa politraumatizada e sua família, no contexto de cuidados críticos** e como objetivos:

- Mobilizar conhecimentos e competências múltiplas, para responder com qualidade, em tempo útil e de forma humanizada às necessidades da pessoa politraumatizada e sua família;
- Implementar intervenções de enfermagem para prevenção e controlo de lesão secundária e infeção na pessoa politraumatizada;
- Implementar intervenções terapêuticas de enfermagem de forma a gerir a dor e garantir o bem-estar da pessoa politraumatizada e sua família;
- Desenvolver competências de comunicação interpessoal, substanciando a relação terapêutica com a pessoa e família face à situação de transição saúde-doença;
- Capacitar a família, para a assunção da função de parceiro de cuidados, no processo de transição saúde-doença, da pessoa politraumatizada;
- Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação.

O estabelecimento da finalidade bem como dos objetivos apresentados, aliado à análise reflexiva, promoveu um conhecimento maior do que sou como enfermeira na minha essência podendo alavancar uma aptidão maior para ajudar aquele que está ao meu cuidado (Figura 3).

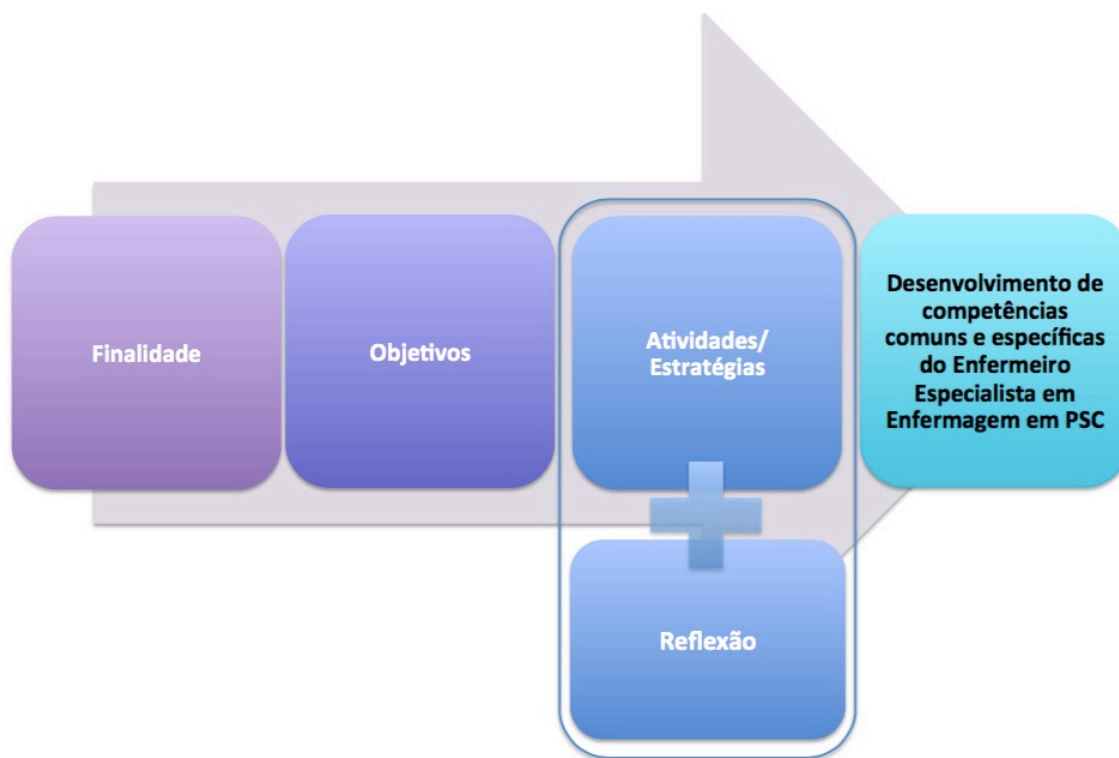


Figura 3 - Percurso de desenvolvimento de competências

Neste contexto, a relação que é estabelecida entre consciência e competência reafirma a sua importância e age não por acaso mas com sentido, sabe o porquê da sua intervenção e o para quê, sendo que a consciência marca a diferença na ação, garantindo a prestação de cuidados especializados. No centro de um bom julgamento e sabedoria clínicos deposita-se a aprendizagem experiencial a partir das situações particulares (Benner, Tanner e Chesla, 2009) e é esse o caminho que se pretende fazer caminhando, sendo parte de um processo contingente, dependente de um projeto de ação, onde são mobilizados recursos/potencialidades, sistemas de referência e experiência profissional (Figura 4).





Figura 4 - Aprendizagem Experiencial



### 3. METODOLOGIA

O presente relatório de estágio, produto do percurso integrado no Mestrado em Enfermagem na vertente de especialização Pessoa em Situação Crítica, foi precedido de diferentes e importantes etapas, tendo sido fundamentado na metodologia de projeto, que permitiu sustentar a pertinência do fenómeno de interesse selecionado, dotando-me de recursos para empreender um trabalho mais profundo, com definição dos conceitos centrais ao fenómeno de interesse e do quadro teórico de referência, fomentando a delineação de um percurso, que foi ao mesmo tempo percursor e garante do desenvolvimento de competências gerais do enfermeiro especialista e de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica.

Segundo Silva e Miranda (1990) o projeto pode ser definido como um conjunto de práticas conscientemente finalizadas que se desenvolvem através de um processo complexo que inclui momentos de ação e representação, conduzindo à existência de interações múltiplas e diversificadas, tratando-se, portanto de um conjunto de atividades **planificadas**, tendo em vista, alcançar determinado objetivo através da utilização de recursos disponíveis. De acordo com Miranda (2008) uma das características que distingue o conceito de projeto do de uma mera atividade isolada, é pois, o seu **caráter intencional, portanto formal** e gerador.

Como pilares desta construção foram consideradas primeiramente as Unidades Curriculares do 1º Semestre e posteriormente do 2º Semestre do Mestrado, como essenciais para a caracterização do estado da arte e posterior identificação do fenómeno de interesse. Integradas no 2º Semestre, a Unidade Curricular Ensino Clínico, articulou-se estreitamente com o Módulo II da Unidade Curricular Opção.

Na Unidade Curricular Opção - Módulo II, com a realização do pré-projeto, foi realizado o diagnóstico da pertinência do fenómeno de interesse, bem como a importância que o enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica pode deter transversalmente a esta problemática, partindo das seguintes perguntas de investigação norteadoras formuladas segundo os critérios do formato PI(C)O:

- Quais as necessidades da família da pessoa politraumatizada, no contexto de cuidados críticos;
- Quais as intervenções especializadas de enfermagem mais eficazes na resposta às necessidades da família da pessoa politraumatizada, no contexto de cuidados críticos.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2003), as competências do enfermeiro vão para além do cuidar, envolvendo a gestão desses mesmos cuidados, o que pressupõe uma prática ética e legal e o desenvolvimento profissional. Este desenvolvimento profissional pressupõe por sua vez, um exercício clínico baseado na melhor e mais recente evidência científica, exigindo envolvimento e auto-responsabilização.

A compreensão e exploração do tema de projeto, implicou necessariamente, um olhar sobre o conhecimento já existente e a realização da revisão estruturada da literatura. Assim sendo e de forma congruente com o anteriormente exposto, a realização do projeto de estágio, foi iniciada com um processo de construção de um protocolo de pesquisa, que incluiu a definição de descritores de pesquisa: *Nursing, Polytrauma or Multiple trauma* e *Family* e a definição de critérios de inclusão e exclusão, para perscrutar a pertinência do estudo do fenómeno de interesse, tendo em conta a evidência científica. Da pesquisa livre, apoiada nos descritores de pesquisa identificados, realizada na EBSCO nas bases de dados, CINAHL e MEDLINE, verificou-se que a evidencia científica existente e concreta acerca do tema do projeto era escassa e aplicada maioritariamente à intervenção terciária, no que à fase posterior de reabilitação e suporte aos veteranos de guerra do Iraque e Afeganistão, dos Estados Unidos da América, diz respeito, não focando portanto a fase aguda do processo de transição, em que a pessoa cuidada se apresenta em situação crítica.

Paralelamente, a Unidade Curricular de Ensino Clínico ao promover: a análise de situações de cuidados em contextos de serviço de urgência ou de cuidados intensivos, na perspetiva da pessoa, família ou outros significativos e, em particular, do enfermeiro; a intervenção em diferentes situações de falência de uma ou mais funções vitais, mobilizando várias áreas do conhecimento e desenvolvendo estratégias adequadas às necessidades da pessoa, família e

outros significativos, permitiu a construção do projeto final de estágio. A operacionalização destes objetivos recorreu à realização de 3 turnos (25h) no contexto de trabalho (extra horário de trabalho), onde foi selecionada uma situação de cuidados relacionada com o tema de projeto a desenvolver (do qual resultou a elaboração de um documento reflexivo sustentado na literatura) e a visitas aos dois campos específicos de intervenção selecionados (no total de 50h), sustentados na finalidade, objetivos e atividades definidas para as mesmas.

Por sua vez, destas visitas aos dois campos específicos de intervenção, resultou a definição de objetivos, atividades e do cronograma para o estágio a desenvolver no 3º Semestre.

O 3º Semestre, foi por definição, o período de operacionalização do projeto construído. Durante este período desenvolvi uma componente prática, através do exercício clínico e do desenvolvimento da reflexão na, sobre e para a experiência contextualizada em dois campos específicos de intervenção, mais direcionados para o tema de projeto e para desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista e competências específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem à PSC e uma componente formativa.

Da componente formativa, sublinho: a participação em cinco congressos relacionados com a PSC e sua família; a realização do curso de ventilação mecânica, no Hospital de Santo António, no Porto e a apresentação de uma sessão de formação, na UCI, sobre a PSC com Hipertermia Maligna.

A componente prática e a componente formativa, sendo interligadas necessariamente, integraram um processo, que culminou com a realização deste relatório e que caracterizei como dinâmico e em diálogo constante, verificando-se que uma mesma atividade realizada poderia responder a mais do que um dos objetivos definidos ou competências.

A figura 5 sistematiza o percurso realizado:



Figura 5 - Relatório de Estágio como produto do percurso realizado

## **4. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

O enquadramento teórico ou fase conceptual caracteriza-se pela definição de um tema ou domínio delimitado, que pode resultar de uma observação, da literatura, de uma inquietação pessoal, ou mesmo de um conceito que se torna relevante. Tendo por objetivo a introdução genérica dos principais pilares teóricos e conceptuais, que sustentam a concretização dos objetivos do estágio, este capítulo é subdividido em três subcapítulos. Assim trabalha-se: primeiro a caracterização epidemiológica e sociológica do trauma como condição facilitadora para a intervenção terapêutica de Enfermagem, segundo a implementação dos Mecanismos Organizacionais e do Sistema de Trauma em Portugal, rumo à melhoria dos indicadores e em terceiro a explanação dos vértices do triângulo terapêutico, aplicado à situação crítica, motivada por politraumatismo: a pessoa politraumatizada, em situação crítica; a família da pessoa politraumatizada, em contexto de cuidados críticos e por fim a intervenção terapêutica especializada de enfermagem, à família da pessoa politraumatizada, em contexto de cuidados críticos, à luz da teoria das transições de Meleis.

### **4.1. Caracterização da complexidade epidemiológica e sociológica do Trauma como condição facilitadora para a intervenção terapêutica de Enfermagem**

O Trauma, descrito por Manuila (2003) no Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à pessoa com Traumatismo Vértebro-medular da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2009), como um conjunto de manifestações locais ou gerais provocadas por uma ação violenta de um agente traumático contra o organismo, é um dos problemas de maior magnitude das sociedades industrializadas, causando forte impacto na morbilidade e mortalidade das faixas etárias socialmente ativas em todo o Mundo (*American Trauma Society*, 2011), sendo por isso considerado um problema de saúde pública (Soreide, 2009). Determinando consequência sociais e económicas importantes, estas lesões podem causar morte ou incapacidade (determinando índices de

morbilidade), com um custo elevado no que concerne a cuidados de saúde, sendo que na maioria das vezes existe concomitante compromisso da qualidade de vida da pessoa e da sua família (Lecky *et al*, 2010). Segundo a OMS (2012), anualmente morrem 5,8 milhões de pessoas por trauma em todo o mundo, 32% a mais que a soma das mortes por malária, vírus da imunodeficiência humana e tuberculose. A mortalidade por trauma corresponde, no total, a 10% de todas as causas de morte e, sem as devidas intervenções, prevê-se que esta proporção aumentará até 2030 (OMS, 2012). Corroborando este dados, a *European Society of Intensive Care Medicine* (2013), afirma que as situações traumáticas são cinco vezes mais prevalentes no sexo masculino, principalmente em jovens com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos, com baixo nível socio-económico, calculando-se que para cada acidente mortal, existam três a quatro indivíduos que vão ficar com sequelas graves e definitivas como paraplegia, amputação traumática de um membro, deficiências neurológicas, lesões gravemente deformantes ou quadros psiquiátricos envolvendo depressão ou fobia.

A partir de dados da OMS (2012), relativos às causas de morte mais expressivas, os acidentes de viação apresentam-se como sendo a principal causa de morte e incapacidade funcional entre os jovens e a quinta causa na população em geral, estando classificados como sendo a principal causa evitável de politraumatizados que entram nos Serviços de Urgência e Salas de Trauma. Etiologicamente seguem-se os acidentes de trabalho, uma vez que, a maioria destes utentes foram sujeitos a trauma brusco, com múltiplas e graves lesões, que aumentam a complexidade do diagnóstico e seguidamente a violência interpessoal e as tentativas de suicídio (Gomes *et al*, 2011).

Neste contexto e concordantemente com os dados da OMS, segundo Gomes, *et al* (2011) Portugal lidera a lista de países europeus em termos de incidência de trauma e mortalidade, sendo a primeira causa de morte até aos 44 anos e assumindo-se o acidente de viação como o principal evento motivador, seguido dos acidentes de trabalho.

O relatório da DGS (2015) intitulado "A Saúde dos Portugueses - Perspetiva 2015" reconhece que a saúde é uma preocupação de topo dos cidadãos portugueses, sendo esta influenciada por determinantes, nomeadamente sociais e fatores ambientais, pelas características



socioeconómicas e pelos comportamentos, sendo que estes devem ser considerados. Segundo o mesmo relatório, os determinantes sociais constituem a principal abordagem de análise de Saúde das populações. Pesquisas demonstraram a existência de um gradiente social em função dos rendimentos familiares, isto é, relacionado com desigualdades e iniquidades, em particular com as diferenças ocorridas entre comunidades prósperas e pobres no que se refere, por exemplo, à esperança de vida e outros indicadores (Marmot, 2014), por exemplo a taxa de mortalidade motivada por acidentes. Outros determinantes sociais em interação com a classe social são condicionantes do estado de Saúde das populações, como o género, por exemplo. A leitura da informação estatística disponível, tanto no que respeita a dados epidemiológicos como a utilização de recursos e serviços permite constatar que, em grande parte dos casos, os mesmos indicadores de Saúde nas mulheres e nos homens apresentam valores diferentes, facto não apenas explicável por fatores biológicos, mas também, em larga medida, por condicionantes de ordem social (DGS, 2015). Segundo Silva *et al*, no Manual de Trauma da Reanima (2014), em Portugal confluem um conjunto de situações que sustentam uma presença destacada na liderança das estatísticas do trauma: grande sinistralidade rodoviária, elevado consumo de álcool, deficientes níveis de proteção laboral, deficits culturais enraizados a que se somam uma prevenção e estratégias coercivas historicamente ineficientes.

Analisando o relatório da DGS (2015) anteriormente referido, verificamos que este, mais uma vez, corrobora os dados da OMS, encontrando-se a realidade portuguesa em paralelo com a internacional. No seu sumário executivo dos principais indicadores de Saúde de Portugal, podemos observar que a taxa de mortalidade por acidentes de transporte, no ano de 2013 foi de 7,2 por cada 100 000 habitantes, tendo correspondido à quinta causa de morte nacional. No que concerne às estimativas do estudo *Global Burden of Diseases, Injuries and Risk Factors 2013* relativas a anos vividos com incapacidade pela população portuguesa, as lesões ocupam o segundo lugar, com uma carga de morbilidade e incapacidade que representam 9% do total, sendo que destes 4,3% correspondem a outras causas externas de traumatismos acidentais, 2,9% acidentes de transporte e 2,11% a lesões auto provocadas a violência interpessoal.

Considera-se morte prematura a que ocorre antes dos 70 anos de vida. Ora, naturalmente, as causas de morte por grupos etários até aos 70 anos são diversas. No grupo etário dos 5 aos 14 anos, as principais causas de morte são externas, por exemplo por lesão traumática e no grupo etário dos 15 aos 29 anos, as causas externas de lesão são também as mais frequentes, tendo particular destaque os acidentes de transporte e suicídios. Já no grupo etário entre os 30 e os 70 anos, as causas externas de lesão passam a ser a terceira causa de morte (DGS, 2015). O grupo etário dos 25 aos 44 anos é, por excelência, o do início da idade ativa, pelo que os acidentes de trabalho não podem deixar de ser considerados. Os riscos ocupacionais (onde se incluem os acidentes de transporte e outras causas externas de traumatismo accidental, como quedas) são o 9º fator de risco mais importante por peso na carga de doença (DGS, 2015).

Ora, são muitos os autores (OMS, 2012) que consideram que 25% das causas da morte prematura (onde se inclui o trauma) podem ser evitadas, motivo pelo qual reduzir a morte prematura constitui o principal desafio do atual Plano Nacional de Saúde 2020.

#### **4.2. Implementação dos Mecanismos Organizacionais e do Sistema de Trauma em Portugal, rumo à melhoria dos indicadores**

É, hoje, largamente reconhecido que, tal como para o Acidente Vascular Cerebral, o Enfarte Agudo do Miocárdio e a Sépsis, também para o Trauma existem um conjunto de atitudes que, se realizadas numa fase precoce da patologia (sistemas de resposta rápida), reduzem as complicações e a mortalidade que lhe estão associadas (DGS, 2010). Contextualizada com esta necessidade, a OMS emanou, recentemente (em 2004 e 2009), recomendações e *guidelines* para a implementação de sistemas de trauma e programas de melhoria da qualidade da abordagem e tratamento do doente traumatizado (DGS, 2010), respetivamente "*Guidelines for Essential Trauma Care*" em 2004 e "*Guidelines for trauma quality improvement programmes*" em 2009. Desta forma reconhece que a importância da patologia em causa, bem como o potencial impacto na redução da mortalidade e morbilidade destes doentes, passa pela imperativa implementação de mecanismos

organizacionais e pela adoção de medidas relativamente simples de custo-efetividade.

Apesar do sistema de trauma em Portugal ter sofrido profundas mudanças nos últimos 20 anos, com o reconhecimento do problema a partir de 1996 e a criação da Comissão Nacional de Reestruturação das Urgências, só a partir de 2007 foi mais considerado, com a criação da Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação da Rede de Urgência Geral (CTAPRU), que propôs níveis, critérios, condições de acesso e localização de pontos de rede de urgência, definindo a hierarquização dos Serviços de Urgência em três níveis: SU Básico, SU Médico-Cirúrgico e SU Polivalente (Miranda, 2013). Em 2008 o despacho nº5414/2008, de 28 de Janeiro, definiu quais os SU que constituíam os pontos de referência de urgência/emergência.

Desde logo a consciência do problema, com investimento sobretudo na organização do socorro às vítimas tanto em ambiente pré como hospitalar com franca melhoria na organização do socorro, na qualidade do transporte e na melhoria crescente da resposta hospitalar, caracterizaram a reatividade positiva a este fenómeno.

2011 foi um ano importante para o Sistema de Trauma em Portugal com a criação da Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU) pelo Ministério da Saúde. Esta, elaborou e publicou um relatório com propostas para a reorganização dos pontos de rede, sugerindo pela primeira vez a criação de Centros de Trauma a nível nacional, assumindo-se estes, como SU Polivalentes dedicados à abordagem e tratamento definitivo do doente politraumatizado, devendo para isso dispor de diversas especialidades, definidas nos níveis de responsabilidade do SU (Despacho nº 10319/2014).

Das *guidelines* emanadas pela OMS, surgiu o manual "Normas de Boa Prática em Trauma" da Ordem dos Médicos (2009), bem como o documento "Um Ano de Reflexão e Mudança" (2009) da Comissão Regional do Doente Crítico. Associadas às prementes evoluções organizacionais supra citadas, estas recomendações, puderam dar origem assim, à Circular Normativa nº07/DQS/DQCO de 31/03/2010 da DGS, intitulada "Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente traumatizado", culminando na instituição do protocolo da Via Verde de Trauma.

Em suma, a reconhecida melhoria decorreu de três pilares essenciais: crescimento e qualificação do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), investimento no treino e formação dos profissionais e na requalificação hospitalar da emergência e cuidados intensivos.

A melhoria da intervenção pré-hospitalar obriga a uma maior responsabilidade na organização das Salas de Emergência, tanto para evitar quebras no nível de assistência prestada, como para assegurar igual ou superior qualidade na assistência primária. Segundo a CRRNEU (2012), os sistemas extra-hospitalares e hospitalar de urgência devem funcionar como elos do mesmo processo, integrando-se num sistema de emergência/urgência comum. Ativação de meios, transporte pré-hospitalar, avaliação em serviço de urgência, transporte inter-hospitalar e tratamento definitivo em SU de nível superior são elos de um processo único, que terão a robustez do seu elo mais fraco. Uma abordagem otimizada implica que a pessoa doente possa dispor do trabalho de uma equipa multidisciplinar, onde cada um reconheça antecipadamente a sua intervenção. O objetivo é responder em conformidade.

Neste âmbito e segundo Gruen, *et al* (2006) importa ter em conta o conceito de “*Golden Hour*”, ou seja, o período de tempo em que a equipa prestadora de cuidados deve detetar e corrigir lesões que impliquem risco de vida imediato para a pessoa e lesões que apesar de não pressuporem risco imediato podem agravar o estado clínico da mesma. Da instituição militar e das condições próprias em que esta presta cuidados de saúde em situação de guerra, emergiu também, o conceito de “10 minutos de platina” aplicado à abordagem inicial na prestação de cuidados pré-hospitalares isto é, o período de tempo durante o qual se preconiza a estabilização da pessoa traumatizada, com permeabilização da via aérea e controlo da hemorragia imediatamente antes da realização do transporte para instituição prestadora de cuidados de saúde (Rogers e Rittenhouse, 2014).

Prova da aplicação do anteriormente exposto é, segundo Gunst *et al* (2010), a alteração, nas últimas três décadas, da tipologia da distribuição da mortalidade, de um padrão trimodal (Trunkey, 1983) - morte imediata no local, morte precoce entre uma a quatro horas após o trauma devido a hemorragia e morte tardia num período superior a quatro horas após o incidente traumático, normalmente num contexto de cuidados intensivos, por falência multiorgânica

ou sepsis - para um padrão bimodal - com a grande maioria das mortes a ocorrerem nas primeiras vinte e quatro horas (96%), havendo um decréscimo muito valorizável das mortes tardias (9%), atribuível a técnicas de ressuscitação mais eficazes, ao conhecimento profundo das necessidades das pessoas traumatizadas graves e à melhoria da prevenção e tratamento de complicações, daí a importante tónica da intervenção especializada de enfermagem no contexto de cuidados críticos, quer pré, quer intra-hospitalares. Fortemente associado a estes factos e segundo os mesmos autores, tem-se assistido também a uma diminuição do período de tempo que precede as mortes precoces (passou de uma mediana de 120 minutos para 52 minutos), que pode ser explicado pela melhoria dos cuidados pré-hospitalares, chegando, por este motivo, ao hospital pessoas doentes com lesões não compatíveis com a vida (cerca de 76% das mortes precoces), que antigamente eram classificadas como mortes no local.

Toda a anterior fundamentação afirma um decréscimo muito valorizável das mortes tardias, atribuíveis ao conhecimento profundo das necessidades das pessoas traumatizadas graves. Para ganhar tempo é preciso investir. Investir na formação específica, sendo por este motivo, demonstrada a importância transversal da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica (cuidando a pessoa com lesões primárias e prevenindo as secundárias) e sua família.

Este conhecimento profundo, à luz do paradigma da transformação, que perspectiva os fenómenos como únicos mas em interação com tudo o que os rodeia, implica necessariamente, por sua vez, o conhecimento profundo das necessidades da sua família (parte do seu sistema), que se vê confrontada com um evento agudo, inesperado, motivador de uma transição situacional, que muitas vezes leva a uma redefinição de papéis familiares, agravada pelo facto das pessoas vítimas de trauma estarem maioritariamente, segundo estatísticas, em idade produtiva, com todas as consequências que daí advêm. Corroborando, Kérouac *et al* (1996), afirma que todos os fenómenos são únicos e a pessoa é considerada um ser único maior do que a soma das suas partes, com múltiplas dimensões, indissociável do seu universo e a saúde concebida como um valor e uma experiência vivida segundo a perspectiva de cada pessoa, englobando a unidade Ser Humano-ambiente, onde também se

inclui a sua família. Neste sentido, avaliar as necessidades da família da pessoa politraumatizada, em contexto de cuidados críticos, considerando-a alvo de cuidados e incluindo-a no planeamento dos mesmos, pode significar, maior capacitação da mesma como parceira nos cuidados à pessoa (se se apresentar como condição facilitadora, mediante avaliação prévia), proporcionando maior personalização, individualização e maior qualidade.

#### **4.3. A pessoa politraumatizada, em situação crítica**

A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e a Ordem dos Médicos (2008, p.9), definem PSC como: “aquela que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica”. Amplamente enquadrada nesta definição, a pessoa politraumatizada incorrendo num síndrome decorrente de lesões múltiplas, com reações sistémicas sequenciais que podem levar à falha ou a disfunção de órgãos ou sistemas vitais não diretamente lesados pelo trauma, deve ser considerado como um doente emergente e prioritário. Nesta sequência, o espaço de intervenção do enfermeiro é direccionado para o cuidar a pessoa com lesões primárias e prevenir lesões secundárias correlacionadas por exemplo, na dimensão clínica, com a hipotermia, a coagulopatia, a acidose metabólica (tríade letal) e o síndrome do compartimento abdominal (caracterizado por uma pressão intra-abdominal igual ou superior a 20 mmHg de forma sustentada, associada a falência de um ou múltiplos órgãos).

A hipotermia após o trauma pode ser definida como desenvolvimento de uma temperatura corporal inferior a 35°C e trata-se de um fenómeno muito mais grave que nos restantes casos, multifatorial, que afeta 1,6% a 13,3% das pessoas admitidas, sendo tanto mais comum quanto maior a gravidade do trauma (Thorsen *et al*, 1998). Jurkovich *et al* (1987), demonstraram uma relação linear entre a taxa de mortalidade e o grau de hipotermia em pessoas traumatizadas, com taxa de mortalidade próxima de 100% para temperaturas inferiores a 32°C, definindo assim a hipotermia como um fator de risco independente. Por este facto, verifica-se assim uma maior necessidade de administração de fluidos, de transfusões de sangue e internamento mais

prolongados na pessoa traumatizada hipotérmica, quando comparado com uma pessoa traumatizada equivalente normotérmica. Num politraumatizado, a perda de calor inicia-se no momento de lesão, por alteração da resposta termorreguladora normal. O trémulo é inibido devido à hipotensão e hipoxemia. A diminuição do consumo de oxigénio relacionada com a hipoxemia e com o choque hipovolemico traduz-se igualmente na diminuição da produção de calor. Adicionalmente, a exposição ao ambiente, a imobilidade e os extremos de idade agravam este fenómeno. Assim sendo, a prestação de cuidados de enfermagem, apresenta um carácter fundamental e transversal ao ambiente pré e intra-hospitalar, na prevenção deste fenómeno, nomeadamente através de intervenções autónomas e interdependentes como são a garantia da exposição corporal estritamente necessária e o aquecimento de fluidos administrados prescritos.

Por sua vez, a hipotermia provoca uma grande variedade de efeitos deletérios no organismo humano, sendo um dos mais reconhecidos (25%) a coagulopatia (Brohi *et al*, 2003). De facto, temperaturas corporais inferiores a 35°C provocam alterações da cascata de coagulação por interferência enzimática, com prolongamento do tempo de protrombina (PT ou seu derivado INR) e do tempo de ativação parcial da tromboplastina (aPTT), assim como a disfunção plaquetária e a inibição do sistema fibrinolítico. Mais uma vez e relativamente ao tratamento específico de coagulopatia, alguns estudos realizados (Tsuei e Kearney, 2004) demonstram ineficácia das transfusões sanguíneas, revertendo esta apenas com o aquecimento. Por outro lado, a hipotermia agrava a hiperestimulação alfa-adrenérgica, provocada pelo stress do trauma e está também associada a vasoconstrição periférica e a hipoperfusão de órgãos, resultando no desenvolvimento de acidose metabólica (secundária à hipoperfusão tecidular que estimula o metabolismo anaeróbio, aumentando a produção de ácido láctico), ou agravando esta se pré-existente, sendo a intervenção do enfermeiro neste âmbito fundamental, por um lado, na diminuição da hiperestimulação pelo ambiente (luz e ruído) e por outro na gestão da ansiedade, podendo passar esta também pela consideração da família como alvo e parceira de cuidados (se for condição facilitadora, não agravante). Já no que concerne à acidose metabólica, esta diminui a contractilidade cardíaca, diminui a resposta adrenérgica a agentes inotrópicos

positivos e diminui a perfusão renal, devendo a intervenção do enfermeiro ser direcionada para o controlo das perdas hemáticas e a otimização da distribuição tecidual de oxigénio, através de transfusões de sangue e do aumento do débito cardíaco, verificando-se uma melhoria da sobrevida quando a normalização do lactato sérico ocorre nas primeiras 24 horas.

Noutra esfera, associado aos aspetos anteriormente referidos temos primordialmente o facto da pessoa politraumatizada, ter um contexto muito específico de transição saúde-doença (Figura 6), pautada pelas próprias circunstâncias que a definem (segundo a teoria das transições de Meleis - uma realidade atual que é interrompida com construção de nova realidade).



Figura 6 - Contexto específico de transição saúde-doença da pessoa e a intervenção terapêutica de Enfermagem

Este processo saúde-doença é marcado por um evento, normalmente inesperado, a uma pessoa que segundo as estatísticas está maioritariamente em idade ativa e que apresenta segundo a sua própria definição, saúde, tal como defende Paiva *et al* (2010). A experiência do trauma, pela pessoa, engloba clinicamente os fatores referidos nos parágrafos anteriores, mas esta é



apenas uma dimensão de um processo que é caracterizado pela multidimensionalidade, sendo que uma transição não ocorre necessariamente de forma isolada e envolve padrões de complexidade e multiplicidade, que devem ser considerados (Meleis *et al.* 2010). Neste caso os modelos de transição são múltiplos (transição saúde-doença da pessoa politraumatizada e situacional da sua família), simultâneos e relacionados e as propriedades da mesma pautadas pela consciencialização e envolvimento no processo, pela mudança e diferença, por pontos críticos e eventos e pelo espaço de tempo em que esta decorre (Meleis, 2000). Segundo Paiva *et al* (2010) os sentidos atribuídos à experiência do trauma, associam-se a sentimentos inter relacionados de insegurança, medo, revolta, vulnerabilidade (Figura 7) e sofrimento e aos significados de qualidade de vida que convergem para a valorização da saúde, trabalho e apoio pela redes sociais.



Adaptado de Paiva, *et al* (2010)

Figura 7 - Sentimentos associados à experiência do trauma

Por outro lado, a percepção de modificações radicais, que implicam em incapacidades diversas e alteração da imagem corporal, convergem para

alterações da identidade pessoal, sendo a experiência corporal moldada bidirecionalmente pelas percepções individuais (realidade subjetiva) e pelas exigências da vida em sociedade (realidade objetiva), como exemplificado na figura 8.



Figura 8 - Experiência corporal do trauma

Além de tudo isto, é de salientar que as concepções e vivências do trauma são ainda fatores condicionantes de todo este processo e fundamentais para o planeamento de intervenções terapêuticas de enfermagem direcionadas para a individualização, personalização dos cuidados e para a prevenção do sentido de cronicidade dos défices, referido por Paiva *et al* (2010) como percebido por estas pessoas (figura 9).

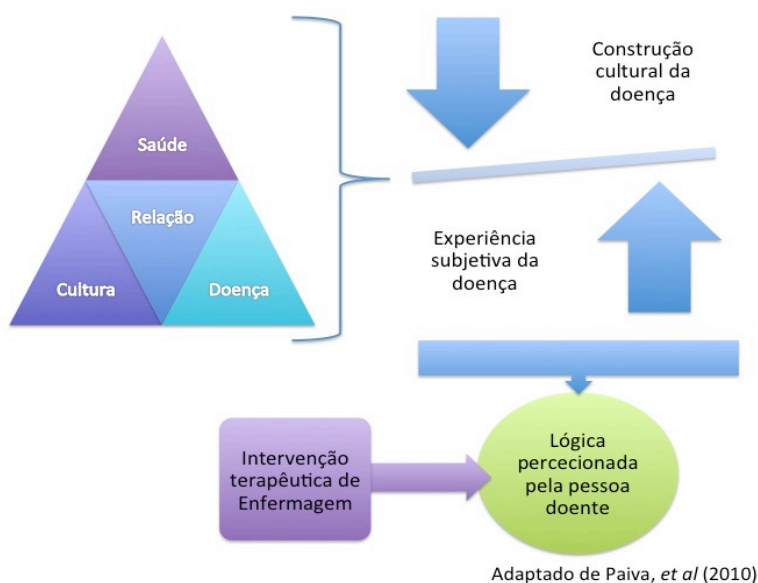


Figura 9 - Intervenção terapêutica de Enfermagem sobre a lógica percecionada, como produto

Tal como Hesbeen (2001) defende o conceito de bem-estar está relacionado com a experiência humana de saúde que resulta da capacidade que cada pessoa tem para ultrapassar equilíbrios perdidos e de se adaptar às circunstâncias da vida, por si só ou com ajuda, e a perda do bem-estar não é o aparecimento de doença, mas sim a incapacidade de recriar o potencial individual. Neste sentido, em consequência do trauma, podem desenvolver-se défices físicos, mas também psicológicos e cognitivos com compromisso de vida da pessoa doente e seus familiares (Paiva *et al*, 2010).

#### **4.4. A família da pessoa politraumatizada, em contexto de cuidados**

No contexto da problemática apresentada e no caminho para uma integração cada vez maior no paradigma da transformação, que perspetiva a pessoa como um ser único maior do que a soma das suas partes, com múltiplas dimensões e indissociável do seu ambiente/universo, intervir significa "ser com" a pessoa, acompanhando-a nas suas experiências de saúde, no seu ritmo e segundo o caminho que ela própria escolher (Kérouac *et al*, 1996), tendo a família neste ponto um papel fulcral enquanto elemento deste universo.

A OMS (1994), define a família como qualquer grupo cujas ligações sejam baseadas na confiança, suporte mútuo e um destino comum, colocando a tónica no eixo relacional e sublinhando a importância de ultrapassar a ideia de laços biológicos ou legais. Neste sentido, para a compreensão da família como unidade, é essencial a sua concetualização através de um paradigma que permita entender a sua complexidade, globalidade, reciprocidade, multidimensionalidade, numa abordagem que considera tanto a historicidade da família, quanto o contexto e que ultrapasse as definições associadas à consanguinidade e afinidade (Figueiredo, 2009).

As transformações na sociedade portuguesa nas últimas décadas implicaram significativas mudanças na estrutura e na organização familiar, associadas a alterações sociodemográficas que conduziram a novas necessidades de saúde. A família, enquanto unidade sistémica em funções sociais, mantém-se como espaço privilegiado de suporte à vida e saúde dos seus membros e a inclusão desta como alvo dos cuidados de enfermagem tem o seu enquadramento internacional na Saúde 21, enquanto quadro conceptual

das políticas de saúde para todos na Região Europeia da OMS (OE, 2011).

O internamento de um membro da família, em contexto hospitalar e mais especificamente em contexto de cuidados críticos tem particularidades que afetam toda a família enquanto sistema, ocasionando mudanças familiares, que abrangem todos os seus membros. Devido a este facto, também os membros da família, que não estão internados, devem ser alvo de atenção nos cuidados de enfermagem. Já em 2006 a Unidade de Missão do Ministério da Saúde designou, um grupo de trabalho com o propósito de rever as nossas estruturas e organizações de Urgência, sendo que este identificou 15 temas problemáticos, entre eles o atendimento da família no SU aquém do desejável.

Cuidar da pessoa no seio da sua família aparece hoje aos nossos olhos como um fator não apenas de dignificação da pessoa, mas de obtenção de resultados mais consistentes para o processo de cuidados. Desta forma, intrinsecamente envolvida no processo saúde/doença dos seus membros, a família, representa uma importante fonte de suporte à pessoa hospitalizada. É necessário refletir a essência da prática de enfermagem no cuidado à família, de forma a reduzir o sofrimento emocional, físico e espiritual dentro da unidade familiar, garantindo cuidados competentes e de excelência. A intervenção de enfermagem centrada na família é, pois, uma abordagem do cuidar, fundamentada na relação colaborativa e interacional entre profissionais e famílias (Rodrigues, 2013). Neste sentido e à luz da teoria das transições de Meleis (2000) é necessário aprender a natureza da transição, neste caso do tipo situacional, com provável redefinição de papéis na estrutura e dinâmica familiar, dos modelos, por serem simultâneos (pessoa politraumatizada - saúde/doença; família - situacional) e relacionados (por fazerem parte de um sistema pessoa-família) e as propriedades que passam, mais uma vez (e tal como na pessoa) pelos aspetos da consciencialização, envolvimento, mudança e diferença, espaço e tempo e pontos críticos e eventos. Em relação à família reveste-se também de especial importância para o planeamento de cuidados de enfermagem, a avaliação das condições de transição, que podem ser facilitadoras ou inibidoras e passam: no vértice pessoal pelos significados atribuídos à experiência, pelas crenças e atitudes, pelo status socioeconómico, pela preparação e conhecimento; pelo vértice das condições comunitárias e pelo vértice das condições sociais que se apresentam.

#### **4.5. Intervenção terapêutica especializada de enfermagem à família da pessoa politraumatizada, em contexto de cuidados críticos, à luz da teoria das transições de Meleis**

"O ciclo de vida individual acontece dentro do ciclo de vida familiar que é o contexto primário do desenvolvimento humano" (Zagonel, 1999, p.25), devendo por este motivo ser parte integrante de uma abordagem holística do cuidar. Esta perspetiva aponta para o ênfase na compreensão dos problemas que as pessoas desenvolvem à medida que se movimentam juntas através da vida, sendo inerentes à própria, e para a necessidade de lidar com as mesmos.

Ao longo da vida, há mudanças que interferem no nível de saúde. Mas será que mudança e transição constituem diferentes palavras para designar o mesmo conceito? Segundo Meleis *et al* (1986), Bridges (2004) e Kralik *et al* (2006), mudança aponta para a situação e a transição para a vivência da situação; a mudança é externa e a transição interna. Assim, a mudança, seja ela desejada ou forçada, implica, por vezes, uma transição individual e/ou familiar. Para Meleis (1994), transição é um conceito de interesse em enfermagem, sendo um "conceito central" a pesquisadores e teóricos uma vez que se está a presenciar um novo paradigma, tomando a Enfermagem por foco de atenção as respostas humanas a essas mesmas transições, decorrentes de eventos relacionados com processos de saúde-doença (Chick e Meleis, 1986).

São mudanças muitas vezes dramáticas que estão a definir a necessidade do enfermeiro desenvolver novas perspetivas, exercício baseado na reflexão e criatividade no desenvolvimento de intervenções autónomas. Nos momentos de transição situacional (neste caso para a família, o internamento em contexto de cuidados críticos, do familiar politraumatizado), é onde ocorrem os aspetos mais geradores de stress, principalmente por serem momentos de grande instabilidade, insegurança ou redefinição de papéis. De facto o processo, a perceção e a rutura (*disconnectedness*) são apontados como características universais da transição, podendo esta ser caracterizada como um processo organizado numa determinada sequência e que decorre ao longo de diversas fases (Entrada, Passagem e Saída). O início e o fim não são simultâneos, existindo uma noção de movimento que envolve tanto a rutura

com a vida tal como era conhecida, como as respostas da pessoa ao evento que desencadeou a transição (Meleis, 1986). Com base nestas noções compreende-se o entendimento da transição como processo que ocorre num tempo, com sentido de fluxo e movimento, sem limites nitidamente definidos (Canaval *et al*, 2007). A percepção guarda estreita relação com o significado que a transição assume para quem a experiencia, sendo influenciada pelo ambiente e pela características do indivíduo e influenciando as respostas aos eventos e portanto, os resultados da transição.

Uma pessoa politraumatizada é um doente emergente. Emergência significa um acontecimento inesperado ou de gravidade excepcional que requer ação imediata ou urgente, segundo o dicionário Porto Editora (2003-2016). Simultaneamente, no que à área de saúde se refere e, particularmente em contexto hospitalar, deverá significar eficiência e eficácia da intervenção terapêutica especializada de Enfermagem, percorrendo todos os vértices do triângulo terapêutico. Neste sentido, Meleis (2000) completa esta ideia afirmando que os enfermeiros antecipam, avaliam, diagnosticam, lidam e ajudam a lidar com as mudanças, promovendo um nível máximo de autonomia e bem-estar. Importa assim, fazer um diagnóstico da natureza das transições em análise dos dois vértices do triângulo terapêutico - pessoa politraumatizada e família. Quanto à natureza, as transições podem ser analisadas de acordo com o tipo, o padrão e as propriedades. Quanto ao tipo, a pessoa politraumatizada experiencia uma transição saúde-doença, enquanto a família experiencia uma transição do tipo situacional, caracterizada por definição ou redefinição do reportório de papéis do cliente (pessoa e família). As transições não são discretas nem mutuamente exclusivas. De facto, a análise dos estudos suporta a ideia de que as transições possuem padrões de complexidade e de multiplicidade, na medida em que cada pessoa pode estar a viver mais do que um tipo de transição simultaneamente. No que concerne aos padrões, as transições podem ser caracterizadas como únicas ou múltiplas, sequenciais ou simultâneas e relacionadas ou não (Meleis, 2000).

Sendo que segundo Paiva *et al* (2010) para a pessoa, a família representa a principal rede de apoio, marcando o processo de enfrentamento da condição crónica de maneira positiva, é nos pontos vulneráveis anteriormente apresentados, onde os esforços devem ser intensificados no

sentido de reorganizar os momentos transicionais. Para que essas premissas possam existir, é necessária uma estrutura e logística adequadas, em termos de espaço físico e de recursos humanos, assim como uma organização e coordenação multidisciplinar e institucional capaz de responder às necessidades dos doentes críticos/emergentes, mas também da sua família, para que esta seja envolvida em todo o processo o mais precocemente possível e possa constituir-se como parceira de cuidados, efetiva. Neste sentido a Teoria das Transições de Meleis (1994) permite ao enfermeiro uma melhor compreensão do processo de transição e ampliar o conhecimento sobre este, de forma a influenciar positivamente a qualidade dos cuidados e os ganhos em saúde. Através de uma visão mais completa e aprofundada, é possível estabelecer orientações para o exercício profissional, permitindo ao enfermeiro implementar estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica face à transição que a pessoa e a sua família vivenciam (Meleis, 2010), sendo para isso fulcral o diagnóstico das propriedades da transição: a consciencialização por ser considerada uma propriedade chave de todo o processo, na medida em que está relacionada com a perceção, o conhecimento e o reconhecimento da experiência de transição; o envolvimento (influenciado pelo nível de consciencialização) por traduzir a participação ativa e empenhada no processo; a mudança (na importância percebida da gravidade da situação, normas e expectativas pessoais, familiares e sociais) e diferença (confrontando a realidade com as expectativas); o período de tempo "*time span*" e os pontos e eventos críticos que a marcam esta (caracterizados por instabilidade, incerteza e que podem influenciar a velocidade do processo, a consciencialização e o envolvimento).

Atualmente, num contexto social caracterizado por novas necessidades de saúde, o exercício profissional centrado na família implica a adoção de um modelo integral, no qual os problemas individuais são vistos no âmbito do quadro familiar e social que o rodeia e na participação de todas as pessoas implicadas no processo de cuidados (Araújo, 2010). O cuidado de enfermagem centra-se na interação entre enfermeiro e família, implicando a criação de um processo interpessoal, significativo e terapêutico (Figueiredo, 2012). Na interação enfermeiro-família são produzidos conhecimentos, definidas estratégias e recursos facilitadores na transição saúde-doença (Martins *et al*,

2012) da pessoa politraumatizada. Desta forma, tal como referido na caracterização sociológica da problemática em estudo, esta, revela-se de especial importância também para a definição das condições facilitadoras e inibidoras do processo de transição. Paralelamente, será importante o diagnóstico das condições pessoais, que englobam os significados atribuídos, as crenças, as atitudes culturais, o estatuto socioeconómico, o nível de preparação de conhecimentos/habilidades da pessoa politraumatizada e da sua família.

Como parceira no cuidar, a família poderá ter um papel ativo na prestação de cuidados (por exemplo na transmissão de uma sensação de segurança à pessoa doente, apenas pela sua presença assídua e contínua e na manutenção da conectividade do doente à vida extra-hospitalar, transmitindo-lhe informação) e na tomada de decisão. Como alvo de cuidados, a família requer informação e acompanhamento por parte dos profissionais de saúde, de forma a avaliarem os padrões de resposta e garantir condições facilitadoras para lidar com transição situacional. Pretende-se desta forma que a família seja simultaneamente alvo da prestação de cuidados e parceira no cuidar da pessoa doente, tendo em vista cuidados mais humanizados e mais personalizados (figura 10).

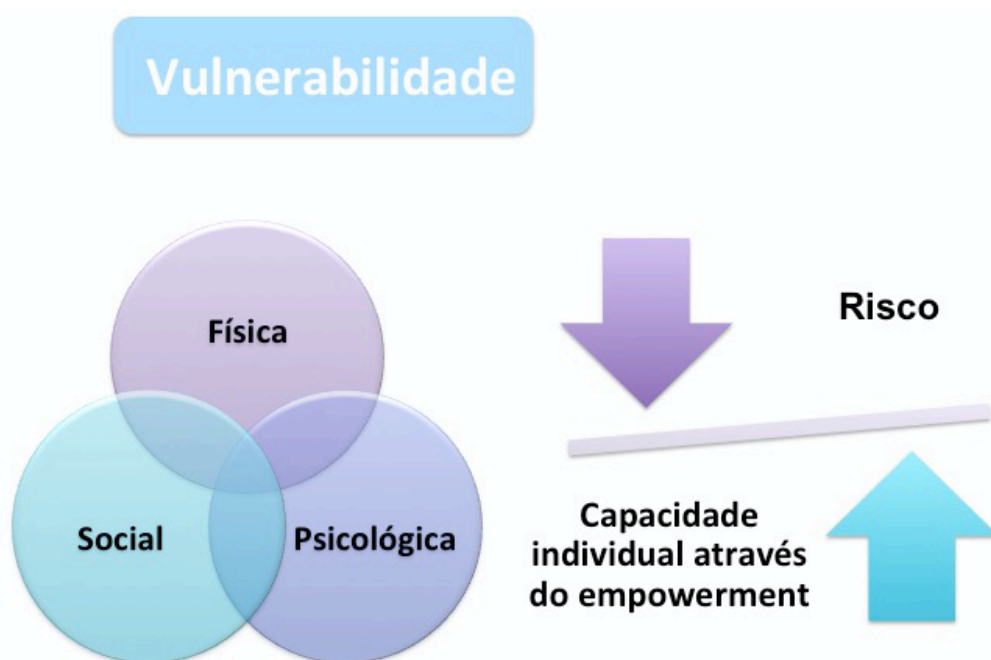


Figura 10 - Família como alvo e parceiro de cuidados

O processo de envolvimento da família nos cuidados deve ser bem acompanhado pelo enfermeiro, não devendo este sentir-se ameaçado pela presença do familiar, mas também não devendo ver no familiar o substituto para algumas das suas funções. A relação de parceria deve ser negociada e



clarificada entre as partes envolvidas, só assim poderá ser uma parceria eficaz e positiva (Martins *et al*, 2012). As intervenções terapêuticas de enfermagem na família, definidas como ações intencionalmente implementadas, devem ser insidiosas, segundo a evidência científica apresentada anteriormente, ao nível dos sentimentos de medo, insegurança e revolta - com intervenções direcionadas para a vivência das fases de luto (que a família também experiencia) - e sobre o conceito de vulnerabilidade - com consideração dos fatores não modificáveis da mesma no planeamento de cuidados e intervenção em fatores modificáveis (com aumento da capacidade individual de cada família através do *empowerment*, conforme demonstrado na figura 11).



Adaptado de Paiva, *et al* (2010)

Figura 11 - Intervenção terapêutica de enfermagem sobre a vulnerabilidade

A abordagem sistémica da família foca-se, simultaneamente, no indivíduo e no sistema familiar, sendo a interação entre os elementos da família o alvo da intervenção do enfermeiro. Esta abordagem permite obter uma perspetiva ampla, tanto das necessidades individuais dos elementos da família, como da unidade familiar, uma vez que, quando acontece algo a uma parte do sistema familiar, todas as outras partes são afetadas (Kaakinen *et al*, 2010). Durante a hospitalização, a família experiencia múltiplos fatores de *stress* tais

como o ambiente hospitalar, a equipa de saúde e a linguagem técnica, que aliados à separação física do doente, causam sentimentos de medo, irritação, culpa (Hanson *et al*, 2005) e uma diversidade de necessidades, que segundo Davidson (2009) no *Critical Care Family Needs Inventory*, são distribuídas por 5 categorias: apoio, conforto, informação, proximidade à pessoa internada e a confiança. Necessidades estas, que nem sempre são colmatadas pelo enfermeiro e isto, pode dever-se à complexidade tecnológica do contexto de cuidados críticos que poderá conduzir a uma desumanização gradual dos cuidados aos doentes e da equipa de saúde, ou, à falta de conhecimento dos enfermeiros da estrutura familiar (Pardavila e Vivar, 2011). Contudo, uma vez que muito frequentemente os doentes internados em contexto de cuidados críticos se encontram com alterações do estado de consciência, e logo, com compromisso da capacidade de comunicação, o conhecimento da estrutura familiar é fundamental, pois é muitas vezes, através da família que o enfermeiro conhece o doente, a sua vontade, as suas crenças religiosas, espirituais e as práticas culturais, o que permite uma prestação de cuidados adaptados às crenças do mesmo, mas também às relações existentes entre o doente, a família e as pessoas exteriores à mesma, o que permite identificar fontes de apoio na sua rede social (Esteves, 2012; Davidson *et al.*, 2009). Neste sentido, existe assim o respeito do artigo 84º da Código Deontológico da profissão (2009) que afirma que no respeito pelo direito à autodeterminação, o enfermeiro assume o dever de: informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de Enfermagem; respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado; atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feita pelo indivíduo ou família em matérias de cuidados de enfermagem (...), do artigo 89º relativa à humanização dos cuidados que afirma que o enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de: dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como totalidade única, inserida numa família e numa comunidade (...) e da Circular Normativa nº 4/DSPCS de 28/01/00 da DGS sobre visitas e acompanhamento familiar a doentes internados, que diferencia acompanhantes (pessoas significativas) e visitas.

O internamento em contexto de cuidados críticos é uma crise accidental que provoca alterações nas rotinas e no desempenho dos papéis

familiares (Kaakinen *et al*, 2010). As alterações provocadas pela admissão do doente, neste contexto, podem refletir-se, por exemplo, a nível familiar, pela alterações dos planos de vida, pela desorganização e apatia na realização das atividades familiares habituais, a nível profissional, com a eventual necessidade de interrupção da atividade profissional para poder visitar e estar com o doente, ou mesmo a nível escolar, pela diminuição da motivação e concentração dos mais jovens (Esteves, 2012). A identificação destas alterações no desempenho das tarefas familiares poderá possibilitar a definição de intervenções que permitam manter a continuidade funcional do sistema familiar e individual.

Não basta apenas avaliar, planear e intervir, é necessária a perscrutação de *outcomes* e segundo Meleis (2010) para a avaliação da eficiência das intervenções terapêuticas, o enfermeiro baseia-se, em padrões de resposta familiares, através da avaliação de indicadores de processo como o sentir e estar ligado, a interação, estar situado e o desenvolvimento de confiança e *coping* e para avaliação da eficácia das mesmas o enfermeiro vai procurar basear-se em indicadores de resultado, como são a mestria e a integração fluida de identidade. No fundo, as intervenções de enfermagem constituem-se como elementos promotores da capacitação da família e que, desenvolvidas num contexto relacional, integram as respostas afetivas, cognitivas e comportamentais do sistema terapêutico, em que a mudança é determinada pela harmonia da estrutura biopsicossocial do sistema familiar (Figueiredo, 2012). Deste modo, a intervenção do enfermeiro deve enfatizar a capacidade das famílias na resolução dos seus problemas e ser facilitadora da construção das soluções (Abreu, 2011).

Concluindo, a pessoa internada em contexto de cuidados críticos, faz parte de um sistema familiar, que por sua vez faz parte do seu universo (ambiente). O enfermeiro, ao incluir a mesma no seu planeamento de cuidados, através de um maior conhecimento deste sistema, fica mais apto à prestação de cuidados mais personalizados e mais próximos das reais necessidades de todos os componentes do sistema (prestar cuidados com maior qualidade à família, para esta poder ser parceira de cuidados de maior qualidade à pessoa internada em contexto de cuidados críticos - família simultaneamente como alvo de cuidados e como parceiro no cuidar).



## 5. ANÁLISE DO PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Fundamentado no "saber mobilizar e combinar recursos, ter capacidade de integrar saberes diversos e heterogêneos para realizar atividade" (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.6) a aprendizagem experiencial (no que Schon, 1992 denomina de desenvolvimento de saberes na e sobre a ação), conjuntamente com a capacidade de reflexão sobre o processo (figura 12), assume-se como pilar fundamental para o desenvolvimento de competências preconizado, por meio do contato com situações significativas e exemplificativas do exercício clínico (Alarcão e Tavares, 2003), tornando-se real na forma de estágio.

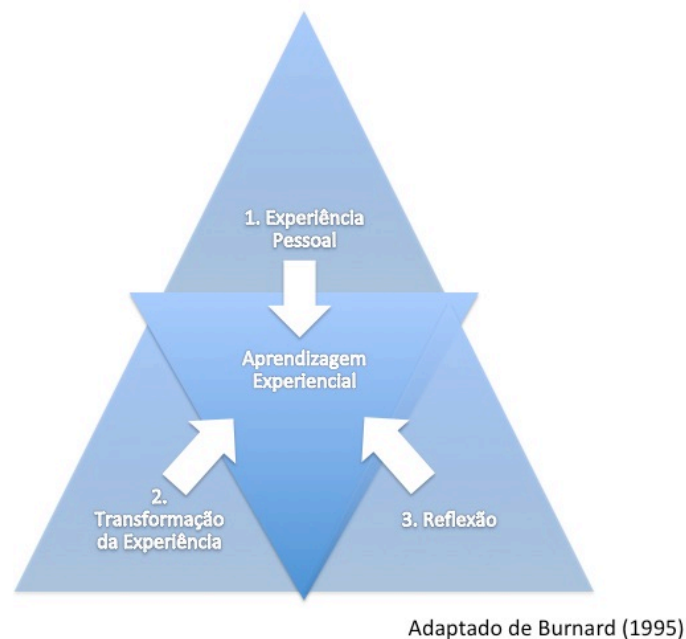


Figura 12 - Construção da aprendizagem experiencial

Segundo a Diretiva 2005/36/CE, do Parlamento Europeu (2005), o estágio é a vertente da formação em Enfermagem através do qual o estudante, no seio de uma equipa e em contato direto com um indivíduo doente, planeia, dispensa e avalia os cuidados de enfermagem requeridos, com base nos conhecimentos e competências adquiridas. Assim sendo, remete-nos também para a existência de diferentes lugares/espços de formação, sendo a cada um dos quais acometidas responsabilidades específicas ao longo do processo de desenvolvimento de competências. Neste processo, Benner (2001) afirma que

a experiência não se refere apenas à passagem do tempo, mas também à vivência e reflexão sobre as situações reais. No entanto, tal como afirma Courtois (1992, p. 97), "...não é suficiente que a situação possua um potencial formativo. É preciso também, que a interação das pessoas com esta situação faça sentido para elas".

Adicionalmente, Alarcão e Rua (2005, p. 376) referem que o exercício clínico assume uma importância muito significativa no processo de formação para o desenvolvimento da competência profissional, uma vez que favorece, segundo Mendes (2015, p.1) "o contacto com a prática [de cuidados] (na sua previsibilidade [ou] imprevisibilidade); a mobilização, integrada e contextualizada, de diferentes saberes (seleccionados em função da sua pertinência), na caminhada para a identidade profissional".

Na assunção do anteriormente exposto foi realizado o estágio, com igual tempo de duração intencionalmente (segundo cronograma patente no Apêndice I), em dois campos específicos de intervenção, nomeadamente em contexto de SU Polivalente e de UCI Polivalente. De seguida irei contextualmente analisar os objetivos definidos e as atividades/estratégias implementadas, que por sua vez possibilitaram o desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista e competências específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem à PSC.

### **5.1. Cuidar da Pessoa Politraumatizada e sua família em contexto de SU Polivalente e UCI**

A primeira metade do estágio em campo específico de intervenção decorreu num SU Polivalente, num Centro Hospitalar de Lisboa, durante 9 semanas, de 5 de Outubro de 2015 a 27 de Novembro de 2015.

Contextualizando, de acordo com o artigo 1º do Despacho Normativo nº 11/2002, o Serviço de Urgência é considerado um serviço de ação médica hospitalar, multidisciplinar e multiprofissional, que tem como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas, que são aquelas cujas gravidades, de acordo com critérios clínicos adequados, exijam uma intervenção médica imediata.

De acordo com o Despacho nº 18 459/2006, atualizado pelo Despacho nº727/2007, da Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência, o SU Polivalente é o nível mais diferenciado de resposta à situação de urgência/emergência, dando resposta a todas as valências médicas e cirúrgicas. Como fator diferenciador para o desenvolvimento de competências preconizado, o Serviço que foi selecionado é classificado adicionalmente como Centro de Trauma, competindo ao mesmo a responsabilidade do tratamento sistematizado e definitivo da pessoa politraumatizada grave, dispondo para o efeito de valências obrigatórias de Radiologia de Intervenção, Cirurgia Cardioráquia, Maxilo-facial, Plástica-Reconstrutiva e Vascular, em articulação constante com as urgências de pediatria, obstetrícia e psiquiatria, constituindo-se, por isso, um campo específico de intervenção de excelência. A este Centro de Trauma são referenciados os doentes a incluir na Via Verde de Trauma, através da referência pré-hospitalar (com intervenção contínua e transversal do enfermeiro) e da referência das unidades de atendimento de menor diferenciação da região após avaliação inicial, estabilização de funções vitais e avaliação secundária que valide a necessidade de transferência célere para este contexto.

A segunda metade do estágio em campos específicos de intervenção decorreu numa UCI, também num Centro Hospitalar de Lisboa, durante cerca de 9 semanas, de 30 de Novembro de 2015 a 12 de Fevereiro de 2016. Este contexto, pertencendo a um centro hospitalar central, com ensino universitário e formação pós-graduada, com elevada diferenciação científica, técnica e tecnológica, é reconhecido pela excelência clínica, eficácia e eficiência, assumindo-se como instituição de referência (Regulamento interno, 2007). Mais se afirma que tem por finalidade a implementação de uma abordagem estruturada, mensurável e auditável que promove a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados, integrando as diferentes metodologias da qualidade e apoiando ativamente os profissionais neste processo. No consenso sobre a qualidade dos cuidados, integra entre outras dimensões: a centralidade no doente; a efetividade; a eficiência; a oportunidade e a segurança do doente, sendo que **considera prioritários os processos relacionados com o utente e suas famílias, promovendo parecerias com as mesmas** (CHLC, 2010).

A UCI do Hospital referido acima, por se enquadrar nesta unidade, coaduna-se com estes valores, pautando-se pelo mais alto rigor científico na prestação de cuidados, ao nível do controlo e prevenção de infeção, assim como a integração da família em todo o processo de cuidados. Além destes aspetos é classificada como uma Unidade de Nível III, pressupondo a presença possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários e à possibilidade de tratar falências de órgão adicionais mesmo que de forma temporária, dispondo de rácios enfermeiro/doente adequados, implementando medidas de controlo de qualidade, bem como programas de ensino e treino em cuidados intensivos (Penedo *et al*, 2013).

No contexto destes estágios em que a diversidade de patologias é grande, o número de pessoas atendidas e a exigência dos conhecimentos que o enfermeiro tem que mobilizar para cuidar dessas pessoas são elevados, defini 6 objetivos, operacionalizados por atividades constantes no apêndice II, com a finalidade de desenvolver competências específicas que permitam a prestação de cuidados de Enfermagem especializados à pessoa politraumatizada e sua família, no contexto de cuidados críticos. De forma a estruturar este relatório, optei por realizar a descrição e proceder à análise crítica dos objetivos, bem como a reflexão crítica e justificação de estratégias implementadas em cada campo de estágio e por critério temporal.

#### 5.1.1. Objetivo 1 - Mobilizar conhecimentos e competências múltiplas, para responder com qualidade, em tempo útil e de forma humanizada às necessidades da pessoa politraumatizada e sua família

Para a assunção deste objetivo, tudo começou com o acolhimento realizado pela Direção de Enfermagem no Departamento de Recursos Humanos, que permitiu desde logo o conhecimento e familiarização tanto com os valores que regem a instituição, como com a estrutura física da mesma, visto ser de grandes dimensões.

No contexto específico do serviço, tornou-se igualmente premente o conhecimento da estrutura física, orgânica e funcional do mesmo, tendo sido realizada apresentação do mesmo pelo enfermeiro-chefe e pela enfermeira orientadora, dando especial ênfase ao reconhecimento dos recursos físicos e



humanos disponíveis para a prestação de cuidados, com descrição das atividades e responsabilidades de enfermagem em cada posto de trabalho, bem como aos protocolos "Via Verde AVC", "Via Verde EAM", "Via Verde Sépsis", "Via Verde Trauma" e ao circuito de atendimento ao doente e sua família dentro do serviço de urgência, de acordo com o motivo de admissão e com a prioridade atribuída pela triagem de Manchester. No seguimento, iniciei também a consulta de normas, procedimentos, protocolos, regulamentos e modelos em uso na instituição e no Serviço, sem a qual não seria possível um conhecimento e participação da dinâmica do mesmo.

Seguiu-se desde logo uma reunião com a enfermeira orientadora onde foi estabelecido um plano de trabalho de acordo com os objetivos e atividades traçados para este campo específico de intervenção, tendo sido decidido (pelo facto de também já ter experiência profissional prévia em prestação de cuidados em contexto de SU), que sempre que fosse possível, seria alocada à prestação de cuidados em Sala de Reanimação (SR) e no sector de atendimento de doentes muito urgentes, sob a sua orientação.

Ao acompanhar os enfermeiros alocados nestes contextos de trabalho verifiquei que no início de cada turno, eram realizados *check-lists* de verificação de material, com a intenção de organizar o mesmo e de solicitar a reposição do que estava em falta, bem como o teste ao ventilador, ao monitor de sinais vitais e ao desfibrilhador, à rampa de oxigénio e aos sistemas de aspiração. Esta estratégia além de uma medida antecipatória, na medida em que relembra a localização e teste de todo o material que pode ser necessário durante uma situação emergente, foi também facilitadora do meu processo de apropriação da dinâmica e da localização de todos os recursos necessários, de forma a responder de forma pronta e imediata, às necessidades dos doentes emergentes, que se pautam pela sua gravidade excepcional.

Seguindo o circuito de atendimento da pessoa doente e sua família no SU, a triagem constitui-se como porta de entrada do processo de atendimento. No SU em contexto, a triagem de prioridades é realizada de acordo com a Triagem de Manchester e realizada por um enfermeiro detentor de um curso de triagem de prioridades. A triagem de Manchester consiste na identificação das prioridades clínicas de cada pessoa que recorre ao SU, através de diferentes algoritmos e a definição de um tempo alvo recomendado desde a triagem

efetuada pelo enfermeiro até ao primeiro contato com o médico (Torres e Reis, 2002).

Sendo que por já ter experiência profissional no contexto de um SU médico-cirúrgico, já detenho o curso de triagem de prioridades, este facto constituiu-se como facilitador da análise e reflexão. Assim, percebo que os algoritmos utilizados deixam pouco espaço para o sentido crítico e autonomia do enfermeiro que faz a triagem, sendo a experiência e maturidade profissional do enfermeiro que o ajuda a escolher o fluxograma que melhor se adapta à situação da pessoa. Desta forma considero que a passagem pelos gabinetes de triagem me permitiu desenvolver consciência crítica para os problemas e desafios da prática profissional.

Benner, Kyriakidis e Stannard (2011) referem que a compreensão da situação clínica do doente é fundamental para o eficaz julgamento clínico e ético. Os autores defendem que é essencial fazer distinções qualitativas, reconhecer alterações com relevância clínica e desenvolver conhecimentos clínicos sobre a população específica alvo de cuidados, uma vez que estes aspetos permitem o melhor entendimento sobre a situação clínica da pessoa.

Normalmente a pessoa politraumatizada grave, após ser sujeita à avaliação da sua prioridade pelo sistema de Triagem de Manchester é encaminhada para a SR, ou se a situação de trauma se constitui emergente, a triagem é efetuada já dentro da SR. Esta Sala é ampla e localizada muito próximo da entrada do SU, sendo dedicada única e exclusivamente à receção, estabilização e reanimação da pessoa em situação crítica.

Mesmo nos grandes Hospitais Centrais a abordagem a uma pessoa com múltiplos traumatismos carece de grande investimento formativo e organizacional, sendo que todos os esforços realizados foram orientados no sentido de conseguir uma intervenção eficaz e cada vez mais precoce, através do trabalho de equipa e da verificação da importância crescente da prestação de cuidados pelo enfermeiro na fase pré-hospitalar e por sua vez da articulação deste com as equipas multidisciplinares intra-hospitalares. Segundo Benner, Kyriakidis e Stannard (2011) uma das formas mais eficazes e rentáveis de atuar em equipa, é aquela em que várias intervenções terapêuticas vão sendo desenvolvidas em simultâneo, pelo que idealmente a equipa deve ser organizada e orquestrada para ser eficaz. De acordo com Silva *et al* (2014) é

designada "organização horizontal", tendo sido demonstrado em vários centros que reduz significativamente os tempos de reanimação, com as óbvias implicações na sobrevida e evolução da pessoa. A utilização deste modelo implica uma pré-definição e distribuição de intervenções entre os diferentes elementos das equipas. A coordenação da equipa fica a cargo de uma só pessoa, o *Team Leader* que, apesar de idealmente atuar apenas como coordenador, neste contexto em específico também intervém nas intervenções terapêuticas.

Durante todo o estágio, colaborei na prestação de cuidados de enfermagem a pessoas em situação crítica e sua família, desenvolvendo conhecimentos e habilidades múltiplas necessárias ao desenvolvimento do processo de Enfermagem, com especial ênfase para o reconhecimento e resposta pronta e antecipatória a focos de instabilidade e risco de falência orgânica. A correta abordagem inicial do traumatizado, depende da capacidade da equipa de trauma, em intervir de forma sequencial, hierarquizada, eficaz e segura, com ênfase na manutenção das funções vitais. Para este propósito foi essencial a mobilização dos conhecimentos adquiridos previamente durante o curso de Suporte Avançado de Vida do INEM, do *Advanced Trauma Care for Nurses* e do *International Trauma Life Support* da *American Heart Association*, que permitiram uma avaliação inicial organizada, segundo a mnemónica ABCDE (*Airway, Breathing, Circulation, Disability e Exposure*), em conjunto com uma avaliação secundária cefalo-caudal pormenorizada e integrada, com a execução concomitante de cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar o processo de transição saúde-doença, nomeadamente monitorização hemodinâmica não invasiva e invasiva, prestação de cuidados inerentes à manutenção de via aérea e ventilação mecânica, estabilização cervical (com manipulação de todo o material de imobilização), punção venosa periférica, colaboração na colocação de catéter central e linha arterial, avaliação de gasimetrias arteriais, controlo hemorrágico e realização de pensos, algaliação e avaliação do débito urinário, colocação de trações esqueléticas cutâneas e imobilização de membros com alinhamento dos mesmos.

Da mesma forma que são importantes os conhecimentos teóricos e a capacidade de os mobilizar para agir, também as competências relacionadas

com a capacidade de liderança, o discernimento e antecipação de necessidades, a iniciativa, as habilidades de reflexão e tomada de decisão, são fundamentais para o exercício autónomo e interdependente de qualquer elemento da equipa. Este tipo de habilidade está muito dependente do exercício clínico contínuo, pelo que se preconiza que as equipas, sejam formadas por elementos que desempenhem estas funções o mais frequentemente possível.

Tal como afirmado antes, o exercício clínico em estágio neste contexto de intervenção constituiu-se simultaneamente muito gratificante e uma fonte inesgotável de aprendizagens, propícias ao desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e sua família, tendo em conta a sua definição alargada. Uma das situações de cuidados que considerei muito enriquecedora e de extrema importância para o desenvolvimento de competências, foi a prestação de cuidados a uma pessoa politraumatizada, vítima de atropelamento por uma empilhadora (acidente de trabalho). Neste contexto e incorrendo a pessoa num síndrome decorrente de lesões múltiplas, com reações sistémicas sequenciais que podem levar à falha ou disfunção de órgãos ou sistemas vitais não diretamente lesados pelo trauma, é da responsabilidade do Enfermeiro que presta cuidados, a priorização de intervenções tendo sempre em vista o respeito por todas as considerações ético-deontológicas e legais. Da necessidade de refletir sobre todos estes aspetos decidi realizar um jornal de aprendizagem que se encontra constante no apêndice III.

As intervenções terapêuticas de Enfermagem podem ser do tipo autónomo ou interdependente. Decorrente da intervenção interdependente encontra-se a gestão da administração de protocolos terapêuticos complexos, como intervenção autónoma. Assim a administração de protocolos terapêuticos caracteriza-se pela sua interdependência, mas a sua gestão pela autonomia. Neste sentido tornou-se deveras estimulante, entre outros, a gestão da administração do protocolo terapêutico do algoritmo de tromboelastometria rotacional (ROTEM) e do ácido tranexâmico (Anexo IX), aplicados à situação da pessoa politraumatizada, em situação crítica, que conforme a Norma 011/2013 da DGS, devem ser integrados na abordagem da transfusão maciça no trauma grave. O ácido tranexâmico, preferencialmente nas primeiras 3

horas, 1g endovenoso EV em 10 minutos, seguido de 1 mg/Kg/h, com grau de recomendação I e Nível de evidência A.

Após a estabilização hemodinâmica da pessoa em situação crítica seguiam-se sempre os registos de enfermagem. Para isto foi de extrema importância a minha familiarização com o programa electrónico ALERT®, utilizado no SU como um solução para documentação, integração e revisão de informação relacionada com a prestação de cuidados e com a operacionalização hospitalar, permitindo uma atualização da informação clínica em tempo real. Tal relevância resulta não apenas dos imperativos de natureza legal e ética dos sistemas de informação, abordando os diagnósticos, intervenções terapêuticas de enfermagem e *outcomes* das mesmas, como dos que decorrem da sua importância para as decisões clínicas, para a continuidade e qualidade de cuidados (na perspetiva individual ou de grupo), para a gestão, a formação, a investigação e para os processo de tomada de decisão (Ordem dos enfermeiros, 2007, p.1), pretendendo-se que sejam uma "ferramenta significativa para descrever a enfermagem e aumentar a sua visibilidade" (Leal, 2006, p.6). Para este efeito, os cuidados devem estar orientados para modelos que se centram numa escrita sensível que singulariza, que diferencia, que personaliza e que dá visibilidade ao cuidado. A escrita sensível é o modelo de escrita apontada para testemunhar o exercício clínico do cuidar, a qual deve ser refletida em situação e ousada na criatividade. Uma tal escrita é, de acordo com Heesben (2007), a que deixa traços de um exercício profissional humano e não instrumentalizado porque tem em conta a humanização das pessoas, não as reduzindo a simples situações, pressupondo uma observação apurada e um conhecimento profundo e holístico da pessoa e família.

O impacto do politrauma num dos membros da família afeta todos os outros, pelo que recorrer a um serviço de urgência com o familiar pode colocar a família perante uma das situações mais dramáticas que alguma vez tenha experienciado, exigindo-lhe a mobilização de recursos e competências, frequentemente, até à data desconhecidos (Ausloos, 2003). Cuidar da pessoa no seio da sua família aparece como um fator não apenas de dignificação da pessoa, mas de obtenção de resultados mais consistentes para o processo de cuidados. Neste contexto, para responder às reais necessidades da família da

pessoa politraumatizada através de "uma leitura compreensiva da realidade" (Alarcão e Rua, 2005, p.380), garantindo que "as práticas do Cuidar sejam baseadas no encontro e nas respostas a um *outro* concreto" (Benner, 2001, p.12), fiz um diagnóstico das mesmas, resultado da reflexão contextual, que similarmente ao *Critical Care Family Needs Inventory* de Davidson (2009) são distribuídas por 5 categorias, mas organizadas segundo a premência seguinte: informação, proximidade à pessoa internada, confiança, apoio e conforto.

Este diagnóstico realizado contextualmente, permitiu a reformulação contínua do planeamento de cuidados, baseada na perscrutação de *outcomes* e na avaliação da eficiência das intervenções terapêuticas, através dos padrões de resposta familiares, com avaliação de indicadores de processo como o sentir e estar ligado, a interação, estar situado e o desenvolvimento de confiança e *coping* e de indicadores de resultado como a mestria e a integração fluida de identidade.

Deste diagnóstico realizado durante o acolhimento à família no SU e na prestação de cuidados à mesma, percebi que para colmatar a necessidade de informação, de apoio e na promoção da proximidade à pessoa doente, seria uma mais-valia a existência de um documento de suporte escrito para a família, onde estivesse patente a estrutura do SU, contactos, os seus direitos e deveres, a hora da visita e quem poderia ser a fonte do seu suporte durante este momento de transição situacional. Assim e após aferir junto da equipa de Enfermagem se este recurso seria assumidamente facilitador, propus a integração no acolhimento e portanto no seu protocolo, do documento de suporte escrito presente no apêndice IV, e que se encontra neste momento em processo de aprovação na administração da instituição.

Numa outra vertente este objetivo foi estabelecido para o contexto de estágio em UCI. Para DGS (2003) a UCI define-se e reconhece-se em função de três critérios major:

- A prática: assenta num contínuo de ações e procedimentos - humanos e instrumentais - de monitorização, avaliação, diagnóstico e tratamento, assegurados em função das necessidades do doente, 24 horas por dia;
- A avaliação: faz-se da harmonia com a função atribuída a cada UCI. A natureza dos doentes admitidos, a taxa de sobrevivência, a capacidade de recuperação das funções vitais, a disponibilidade e a capacidade para

acorrer às necessidades decorre da missão atribuída à UCI. É a análise destas variáveis, de acordo com os objetivos, que permite definir recursos necessários para cada unidade, bem como avaliar o seu desempenho;

- A investigação: a monitorização contínua de cada um, ou do conjunto dos doentes, num contexto multidisciplinar de diagnóstico e avaliação de resultados, permite compreender a doença cada vez melhor, acumular experiência, sistematizar e enriquecer saberes que devem servir para promover a qualificação dos desempenhos organizacionais.

Durante o estágio em UCI e com a orientação da enfermeira orientadora, pude prestar cuidados a doentes com diferentes patologias do foro médico (insuficiência respiratória, renal, cardíaca) e cirúrgico (nomeadamente politraumatizados), visando a satisfação das suas diferentes necessidades e a facilitação do processo de transição saúde-doença, tendo para isso, um papel ativo quer na monitorização hemodinâmica não invasiva e invasiva (também da pressão intra craniana), quer na administração de terapêutica (por exemplo de suporte inotrópico) e gestão da ventilação invasiva e não invasiva. Além destas intervenções terapêuticas de âmbito técnico que também já tinha implementado em SU, pude também participar em procedimentos como técnicas dialíticas contínuas (hemodiafiltração veno-venosa contínua), apoio na colocação de traqueostomia a doentes submetidos a ventilação mecânica de duração superior a 2 semanas e na prestação de cuidados à pessoa politraumatizada, na manutenção de fixadores externos. No que à gestão de protocolos terapêuticos complexos diz respeito, posso enfatizar a gestão do protocolo de administração de insulina endovenosa contínua, que apresento no anexo I.

A prestação de cuidados a doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva, em diferentes modalidades ventilatórias, como pressão ou volume controlados, pressão assistida ou mandatória intermitente sincronizada, proporcionou-me em conjunto com a avaliação das manifestações fisiológicas e com avaliação gasimétrica de frequência protocolada (4/4h) e sempre que necessária, uma maior responsabilização na avaliação da eficácia desta técnica para substanciação da necessidade humana fundamental respirar, desenvolvendo assim as competências, que se exigem, no cuidar de doentes

em situação crítica. Para este objetivo contribuiu igualmente a realização do curso de ventilação invasiva para enfermeiros no Centro Hospitalar do Porto, com a duração de 9 horas, cujo certificado de participação se encontra no anexo II.

Numa outra vertente, surgiu a oportunidade de assistir e participar nalguns procedimentos de uma colheita multi orgânica em dador vivo, que se revelou verdadeiramente enriquecedora. Como esta atividade decorreu em BO e pelo facto do dador não estar internado na UCI onde decorria o estágio, não foi possível a participação nas provas de morte cerebral, na intervenção terapêutica para manutenção do dador, nem junto dos seus familiares, que teria sido uma mais-valia. No entanto, por ter sido uma situação que me marcou, a procura de informações sobre quer sobre o contexto, quer sobre as intervenções terapêuticas à família junto da equipa de Enfermagem, permitiu-me além da participação na colheita multiorgânica, a reflexão conjunta com a professora orientadora, sobre esta problemática e todas as questões éticas a ela associadas. Esta reflexão motivou um maior conhecimento de mim própria enquanto profissional, mas também enquanto pessoa, preparando-me para possíveis intervenções futuras nesta área.

Tendo consciência que um exercício clínico que se quer de qualidade, visando a excelência, implica sempre um investimento na formação contínua, bem como no conhecimento e intervenção baseada na melhor e mais recente evidência científica, de forma a dar resposta a este objetivo e a alguns dos seguintes, participei em momentos formativos importantes. Realço:

- 3º Encontro de Enfermeiros Especialistas em PSC que decorreu nos dias 20 e 21 de Novembro de 2015, cujo certificado de participação e programa se encontra no Anexo III, com apresentação de Poster (apêndice VI) que ganhou o primeiro prémio;
- Status 5 - Trauma, Emergência, Reanimação - O Estado da Arte, que decorreu nos dias 27 e 28 de Novembro de 2015 e cujo certificado de participação se encontra no anexo V;
- 23ª Jornadas da Unidade da Dor do Hospital Garcia de Orta - 14º Convénio Astor, dia 29 de Janeiro de 2016, cujo certificado de participação se encontra no anexo IV;



- III Congresso Internacional de Cuidados Intensivos e Unidades Intermédias do Centro Hospitalar do Porto - XIII Congresso do Arco IberoAtlântico, que decorreu nos dias 1 e 2 de Fevereiro de 2016, cujo certificado se encontra no Anexo VI;
- 1º Encontro de Enfermagem em Traumatologia do CHLN, que decorreu no dia 5 de Fevereiro de 2016.

De acordo com o Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, as atividades acima resumidas, permitiram-me desenvolver competências na área do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal e do domínio da melhoria contínua da qualidade.

De acordo com o Regulamento das competências específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem em PSC, permitiram-me prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, na gestão da administração de protocolos terapêuticos complexos e na assistência da pessoa e família na perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de doença e/ou falência orgânica.

#### 5.1.2. Objetivo 2 - Implementar intervenções terapêuticas de Enfermagem para prevenção e controlo de lesão secundária e infeção na pessoa politraumatizada

As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) adquiriram um papel de destaque na atualidade, maioritariamente em resultado do seu impacto negativo na pessoa doente, profissionais e instituições de saúde. Sendo imprevisíveis e ocorrendo muitas vezes durante os tratamentos, são consideradas eventos adversos e uma preocupação em termos de segurança do doente, traduzindo-se em aumentos significativos da morbilidade e mortalidade associada, no aumento da demora média de internamento e dos custos associados a intervenções de diagnóstico e terapêutica adicionais. Considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou

falência orgânica, tornou-se premente uma resposta eficaz na prevenção e controlo de infeção.

Neste âmbito, primeiramente decidi consultar todas os protocolos e normas instituídas no SU que estivessem relacionadas com o tema, de forma a que a minha prestação de cuidados fosse ao encontro dos padrões da instituição e do serviço e para que através desta medida estivesse em consonância com toda a equipa de Enfermagem e multidisciplinar, na participação de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional.

Discutindo o tema com a enfermeira orientadora do contexto específico de intervenção e observando a intervenção terapêutica da equipa de Enfermagem, verifiquei que a prevenção e controlo de infeção era uma temática a que davam importância, tendo consciência da mesma e tentando contornar todas as condicionantes inerentes às características do SU, com estratégias criativas, por exemplo no que concerne à alocação de doentes e na envolvimento dos familiares e visitantes nomeadamente através dos ensinamentos sobre a higiene das mãos. A importância dos programas desenvolvidos pelas organizações é indiscutível, mas o êxito dos mesmos está diretamente relacionado com o envolvimento de todos. De pouco adianta conhecer a dinâmica da infeção hospitalar e as medidas preventivas neste contexto se não as adotarmos no decorrer da prestação de cuidados. A responsabilidade de prevenir e controlar a infeção hospitalar é individual e coletiva (Pereira *et al*, 2005).

A prevenção e controlo da infeção, parte integrante da segurança do doente e uma das componentes chave da qualidade dos cuidados de saúde, assumiu uma relevância particular nos últimos anos, tanto para as pessoas doentes e seus familiares que desejam sentir-se seguros e confiantes relativamente aos cuidados de saúde, como para os profissionais de saúde que pretendem prestar cuidados seguros, efetivos e eficientes. Assim sendo e no respeito pelas *guidelines* emanadas pela OMS, através da *World Alliance for Patient Safety*, com a sua mensagem principal *Clean Care is Safer Care*, no Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção associada aos cuidados de saúde e na própria Comissão de Prevenção e Controlo da Infeção hospitalar, pude observar e integrar a preocupação constante da equipa de

Enfermagem na manutenção de todas as precauções padrão, mesmo em situações emergentes, em que o treino e a formação proporciona a organização necessária para que estes princípios sejam salvaguardados.

Segundo o Plano Nacional de Controlo de Infeção (2007) as precauções padrão constituem uma estratégia de primeira linha, para o controlo de infeções associadas à prestação de cuidados de saúde, sendo um conjunto de medidas que devem ser cumpridas sistematicamente, por todos os profissionais que prestam cuidados de saúde, a todos os doentes, independentemente de ser conhecido o seu estado infeccioso. A atenção necessária a estas simples medidas preventivas, poderá reduzir significativamente esta cadeia de transmissão (Saloojee e Steenhoff, 2001). Assim sendo as medidas adotadas por este SU englobam a higiene das mãos, utilização de equipamento de proteção individual, utilização de material cortopunçante, colocação de doentes, controlo ambiental e higiene respiratória/etiqueta da tosse.

É inevitável a referência à higiene das mãos, no contexto das boas práticas para a prevenção e controlo de infeção e em todos os sectores do SU existe um "*poster*" a relembrar tanto a importância da higienização das mãos bem como o modelo conceptual dos "cinco momentos" para a mesma (tanto na lavagem com água e sabão como na fricção com soluto antisséptico de base alcoólica - SABA), sendo que existe sempre o respeito pelas Circular Normativa nº13/DQS/DSD da DGS, que distingue as indicações dos dois tipos de higienização.

No que concerne ao equipamento de proteção individual, é fundamental que os profissionais de saúde compreendam as suas capacidades de barreira, limitações e indicações e em todas as situações de emergência na sala de reanimação eram utilizadas luvas, avental ou bata e máscara ou respirador, de acordo com a indicação.

A prevenção e controlo da infeção, podendo manifestar-se sob a forma de febre, choque séptico, coagulação intravascular disseminada, tromboflebite séptica e endocardite (Simões e Gonçalves, 2012), está também intimamente ligada com a prevenção e controlo de lesão secundária sobre os quais os enfermeiros detêm grande responsabilidade e para os quais devem estar despertos, nomeadamente de acordo com o Artigo 83º do Código Deontológico

- do direito ao cuidado, alínea a) co-responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respetivo tratamento e do Artigo 88º - Da excelência do exercício, alínea b) procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa.

No que à prevenção e controlo da lesão secundária diz respeito, posso também aqui enfatizar a importância que o conhecimento das recomendações de transporte de Doentes Críticos (SPCI, 2008) teve, nos inúmeros transportes intra hospitalares que realizei neste contexto, quer para a realização de exames complementares de diagnóstico, quer para transferência das mesmas para outros serviços, nomeadamente para UCI, Sala de Hemodinâmica ou Bloco Operatório. Neste contexto, devem ser equacionados os riscos inerentes ao doente e ao processo de transporte, muito especialmente nas situações de hipoxia, hiper/hipocapnia, instabilidade hemodinâmica, hipertensão intracraniana e agravamento de lesão vértebro-medular, sempre que a deslocação possa contribuir direta ou indiretamente para o agravamento da situação clínica. Assim revestiu-se de especial importância no processo de decisão, planeamento e efetivação do transporte, todo o conhecimento que desenvolvi em formação no Suporte Avançado de Vida e no *Advanced Trauma Care for Nurses*; sobre a grelha de avaliação de transporte secundário adaptada de *Etxebarria*, que define o nível de cuidados necessários de acordo com a situação clínica; e o conhecimento dos recursos quer humanos, quer materiais necessários, por exemplo, da constituição da mala de transporte.

Relativamente às atividades que permitiram atingir este objetivo, em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos, além da consulta de protocolos e procedimentos setoriais e multissetoriais existentes, pautaram-se igualmente pela preocupação com as precauções básicas de controlo da infeção, com a utilização de meios de proteção individual mas também pelo conhecimento das precauções baseadas na via de transmissão dos diferentes agentes infecciosos, centrando-se na sua prevenção, com especial enfoque nos que têm características de multirresistência.

Em locais como as UCI, a percentagem de pessoas em situação crítica que pode adquirir uma Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é de cerca de 30%, estando-lhe associadas elevadas taxas de morbilidade e

mortalidade (Simões e Gonçalves, 2012). Deste modo, foi essencial o conhecimento da sua definição, critérios de verificação, complicações associadas, dados epidemiológicos em Portugal, respetiva Prevalência e Etiologia Microbiana, bem como da *Surviving Sepsis Campaign* e do programa *Hospitals in Europe Link for Infection Control through Surveillance* (HELICS).

A dimensão da prevenção incidiu:

1. Na infeção da corrente sanguínea que pode acontecer quando uma bactéria ou outro agente infeccioso migra através das vias intraluminal ou extraluminal do dispositivo de acesso vascular e coloniza a porção endovascular do mesmo e entra no sangue (Pina *et al*, 2010), estando intimamente associada à utilização de dispositivos médicos como Cateteres Venosos Centrais (CVC) e de Cateteres Venosos Periféricos. Tendo sido essencial a aplicação da *Bundle* de Prevenção da Infeção associada ao CVC (Anexo VIII) e a utilização de técnica asséptica para realização de penso do local de inserção dos dispositivos, manipulação de sistemas e de rampas para administração de terapêutica e avaliação da Pressão Venosa Central;
2. Na infeção Associada ao Cateter Urinário. Tendo a cateterização urinária, manutenção e remoção do dispositivo, sido efetuada com a rigorosa padronização técnica e asséptica;
3. Na infeção do Local Cirúrgico. Tendo consciência dos fatores de risco intrínsecos à pessoa em situação crítica, como a diabetes, o tabagismo, a terapêutica com esteroides, o estado nutricional, a idade, mas atuando ao nível dos fatores de risco extrínsecos, mais especificamente pré-operatórios, com a administração de banho antisséptico, a tricotomia quando necessário, a higiene das mãos, a administração de profilaxia antibiótica e pós-operatórios, na utilização da técnica asséptica para realização de penso cirúrgico;
4. Na infeção Associada ao Ventilador/Pneumonia Associada ao Ventilador (PAV), sendo esta a IACS mais frequente nas UCI, com cerca de 10 a 20% dos doentes a desenvolverem-na, quando submetidos a ventilação mecânica (Mendonça, 2009). Tendo sido essencial o conhecimento dos fatores associados ao aumento do risco (Pina *et al*, 2004): presença de tubo endotraqueal; decúbito dorsal, por favorecer o refluxo gástrico e a

aspiração de conteúdo da orofaringe; antibióterapia prévia; imunodepressão; condições que impeçam a libertação precoce do ventilador como estados de malnutrição (sendo essencial iniciar a alimentação à pessoa em situação crítica, assim que possível e seguindo o procedimento setorial de alimentação entérica, que recomenda o início da alimentação por sonda nasogástrica a 21 cc/h, indo aumentando 10cc/h de acordo com a tolerância); alterações da concentração de hemoglobina; desequilíbrio hidroelectrolítico e metabólico; alteração da função cardíaca; sedação do doente e utilização de fármacos bloqueantes neuromusculares. E consequente implementação da *Bundle* (Anexo VII), sendo princípios básicos inerentes (CDC, 2003): Higienização das mãos com SABA ou água e sabão, antes e após contacto com os doentes e antes e após o contacto com equipamento/material respiratório; Utilização de EPI adequado; Manutenção da cabeceira da cama elevada entre 30° a 45°, quando não contraindicado (Klompas, M. *et al*, 2014); Manutenção da pressão do *cuff* adequada (entre 20-30 cm H2O); Verificação do posicionamento e permeabilidade da sonda de alimentação entérica e avaliação de conteúdo gástrico (seguindo o procedimento setorial correspondente); Utilização de técnica asséptica para manipulação da traqueostomia; Utilização de luvas e máscara para a aspiração de secreções; Substituição do sistema fechado de aspiração, quando este se encontre em mau funcionamento ou se encontre visivelmente sujo; Aspiração de secreções acima do *cuff* do tubo endotraqueal antes de mobilizar ou transportar o doente, bem como antes de desinsuflar o *cuff*; Higienização oral pelo menos três vezes dia, com gluconato de clorexidina a 0,2% e durante todo o internamento (DGS, 2014).

Relativamente à aplicação da última *Bundle*, relacionada com a prevenção da PAV, ressalvo que a reflexão sobre um dos itens, nomeadamente sobre a necessidade/possibilidade de levantamento da sedação, tomou especial enfoque. Isto deveu-se ao facto de várias vezes observar a equipa médica, ponderar a interrupção da sedação ou analgesia de um doente e a equipa de Enfermagem demonstrar resistência a este ato. Tendo em conta que a *Bundle*, assim como os indicadores de qualidade o recomendam, questionei-me sobre a razão da resistência e percebi que

esta se relacionava algumas vezes com a percepção mais clara da situação clínica, bem como a capacidade de resposta do doente a esta intervenção, permitindo uma menor exposição ao sofrimento e à dor por parte da equipa de Enfermagem, mas estava também relacionada com a falta de recursos humanos de Enfermagem, para a otimização dos cuidados em função das *guidelines*, sendo que alguns casos para implementação desta intervenção beneficiariam de um rácio enfermeiro-doente de 1:1, permitindo uma maior qualidade na prestação de cuidados, defesa dos direitos do doente com maior apoio e suporte, por exemplo com a intervenção autónoma de enfermagem através de medidas não farmacológicas de prevenção e combate à dor, que de outra forma não seria possível. Associada a esta reflexão sugeri como aposta futura à equipa de Enfermagem a validação da escala de delírio (*Confusion Assessment Method for Intensive Care Unit*) para aplicação recomendada de 4/4h e da *Intensive Care Delirium Screening Checklist* de acordo com as *Pain, Agitation and Delirium Guidelines (PDA Guidelines)* de 2013 e a *Early Goal Directed Sedation (EGDS)*. A EGDS é uma estratégia de sedação que combina a escolha de agentes sedativos e da intensidade dos mesmos com um nível alvo de sedação coerente com as necessidades clínicas, recorrendo à titulação, que também levanta a problemática do rácios enfermeiro-doente e propõe a utilização da dexmedetomidina como agente sedativo primário (Shehabi, 2015). Como a dexmedetomidina ainda não é utilizada na UCI onde decorreu o estágio, o protocolo "*Wake up and Breath*", ainda não está implementado. No que concerne aos rácios enfermeiro-doente, a utilização já implementada nesta UCI, da *Therapeutic Intervention Scoring System 28 (TISS 28)* pode ser um importante instrumento, rumo à implementação futura de todas as recomendações referidas.

No que concerne, à prevenção de lesão secundária, além de todas as intervenções terapêuticas implementadas que tiveram por base este objetivo quer em contexto de estágio em SU, quer em UCI e que se prenderam essencialmente com a prevenção do aumento da pressão intra craniana e das consequências fisiológicas da dor e da hipotermia, foi realizada também uma sessão de formação na UCI, de acordo com as necessidades percebidas e que teve como título "a prestação de cuidados de Enfermagem à pessoa com

hipertermia maligna", cujo plano de sessão está constante no apêndice VII e a apresentação no apêndice VIII.

De acordo com o Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, as atividades acima resumidas, permitiram-me desenvolver competências na área do domínio da gestão dos cuidados.

De acordo com o Regulamento das competências específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem em PSC, permitiram-me desenvolver competências na área da maximização na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

#### 5.1.3. Objetivo 3 - Implementar intervenções terapêuticas de enfermagem de forma a gerir a dor e garantir o bem-estar da pessoa politraumatizada e sua família

A dor é um sintoma que está presente em grande parte das situações que motivam o recurso ao SU, podendo ser consequência, nomeadamente de lesões traumáticas ou fraturas (como no caso do politraumatismo), dor abdominal, torácica ou cefaleias, entre outras. Sendo uma experiência causadora de sofrimento e desconforto, que influencia diretamente o bem-estar da pessoa que o experiencia, é definida pela *International Association for the Study of Pain* (2010) como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão real ou potencial dos tecidos, ou descrita em função dessa mesma lesão. Pela OE (2008) é classificada como uma experiência subjetiva e multidimensional, em que fatores fisiológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais intervêm e contribuem para a sua subjetividade.

A dor pode desempenhar um papel fundamental para a integridade física das pessoas uma vez que funciona como um sinal de alerta, que desencadeia respostas reflexas e/ou cognitivas, que têm por objetivo evitar ou prevenir o agravamento de lesões. No entanto, cumprida essa função, a dor não tem qualquer benefício para o organismo, trazendo um aumento do sofrimento e consequências fisiológicas e psicológicas nefastas (DGS, 2013).



Neste seguimento, em contexto de SU e mais especificamente em SR, a abordagem da dor foi sempre um compromisso de equipa, fundamental para a sua avaliação, diagnóstico, prevenção e tratamento, incluindo sempre que possível a participação da pessoa que sentia dor e da família enquanto parceiro de cuidados. Para este propósito englobei sempre dois tipos de intervenção: a autónoma e a interdependente, após uma avaliação integrada da dor como 5º sinal vital, através da aplicação de instrumentos adequados, que neste contexto foram maioritariamente a Escala Visual Analógica e a Escala Numérica. Ocasionalmente quando o alvo de prestação de cuidados eram crianças (a partir dos 3 anos) e sempre que possível, privilegiou-se a auto-avaliação, com recurso à Escala de Faces de Wong-Baker, indo ao encontro das Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças da DGS (Orientação número 14/2010) e do Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança da OE (2013). Neste âmbito, considerei importante o desenvolvimento de competências, para a prestação de cuidados a este grupo vulnerável, uma vez que não detinha experiência quase nenhuma nesta área, tendo sido particularmente interessante a parceria de cuidados, que desenvolvi com os pais das mesmas. No que concerne à avaliação da dor em grupos vulneráveis, fiquei também a conhecer a Orientação número 15/2010 da DGS, sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa, considerando que fiquei mais apta a prestar cuidados mais ajustados.

Relativamente às intervenções interdependentes, no que à administração de fármacos prescritos diz respeito, foi essencial conhecer as indicações, os efeitos secundários possíveis e até o tempo de semi-vida dos mesmos, tendo colaborado na decisão da melhor opção analgésica para cada pessoa (utilizando como recurso a escala analgésica da dor, recomendada pela OMS), monitorizando e registando depois os resultados da intervenção.

A analgesia administrada pode e deve ser complementada com intervenções autónomas, não farmacológicas de alívio da dor, classificadas como comportamentais, cognitivas, cognitivo-comportamentais, físicas/periféricas, suporte emocional ou ambientais, de acordo com o nível em que se processa a modulação do estímulo doloroso. Assim, alguns exemplos das intervenções físicas ou periféricas implementadas, foram o toque/massagem, a

aplicação de calor superficial seco ou gelo, imobilização ou elevação do membro afetado por lesão músculo-esquelética, técnicas de posicionamento e intervenções para o aumento do conforto do doente, nas suas várias dimensões, podendo diminuir a perceção do fenómeno doloroso e o sentimento de controlo da dor. No âmbito das estratégias cognitivas, explicar procedimentos, clarificar a situação clínica, desmistificar linguagem técnica, adequando a linguagem ao grau de desenvolvimento cognitivo e fornecer suporte emocional através da presença de familiares, foram exemplos de outras intervenções terapêuticas implementadas. Tão importante como realizar este tipo de intervenções é também importante registá-las e clarificar o seu efeito na pessoa, dando assim relevância e visibilidade às intervenções autónomas do enfermeiro na gestão diferenciada da dor. Assim, o registo da avaliação no posto de triagem utilizava como recurso o sistema de triagem de Manchester e nos restantes postos era sempre realizado com recurso ao programa informático ALERT.

Em SR daquilo que pude apreender, muitas são as vezes em que a dor da pessoa em situação crítica é desvalorizada em detrimento da intervenção terapêutica noutros focos de instabilidade hemodinâmica. Assim foi essencial a intervenção integrada nesta área, nomeadamente a nível da equipa multidisciplinar, alertando contextualmente para este facto, tendo sido muito bem recebida. Nesta situação o Enfermeiro, na sua função de advocacia, é assumidamente o elo de ligação entre a avaliação clínica objetiva e as necessidades subjetivas da pessoa a quem estamos a prestar cuidados. Há que balancear firmemente a possível "máscara" que a analgesia a administrar pode significar no exame físico, com o princípio ético da beneficência e até com a questão da prevenção da lesão secundária que esta pode veicular, por exemplo na diminuição da pressão intracraniana ou na melhoria do padrão respiratório.

Noutros sectores de intervenção no SU, apesar das intervenções autónomas de Enfermagem serem colocadas em prática no primeiro contacto com a pessoa, muitas vezes estas intervenções, por si só, não são suficientes e o direito da pessoa ter a sua dor aliviada fica comprometido. Neste sentido, e seguindo as recomendações da Ordem dos Enfermeiros (2008), deixei como sugestão à equipa de Enfermagem, a instituição de protocolos de gestão da

dor cuja execução fica ligada à tomada de decisão casuística e concreta, a implementar no futuro, em equipa multidisciplinar.

Numa outra esfera, o internamento em Serviço/Unidade de Cuidados Intensivos é, por definição, um tempo transitório para alguns doentes em risco de vida, pelo que é parte de um processo e não um fim em si (DGS, 2003). Partindo deste pressuposto, torna-se fulcral ter consciência das possíveis consequências que a dor não controlada pode infligir nos doentes, nomeadamente a nível dos hábitos de sono, desorientação, exaustão e possíveis alterações psicológicas. A sua minimização parte essencialmente da desmitificação de que os doentes ventilados e sedados, não têm perceção da dor durante procedimentos invasivos e a intervenção terapêutica de Enfermagem centrar-se de forma integrada na avaliação, diagnóstico, prevenção e tratamento da dor, com intervenções interdependentes e autónomas. Assim, no que à avaliação da dor dizia respeito, esta era realizada pelo menos uma vez turno e sempre que alguma alteração o justificasse (o que vai ao encontro das recomendações da *Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit*), sendo baseada no exame físico, na descrição das características pela pessoa, nas formas de comunicar/expressar a dor, nos fatores de alívio e de agravamento, no seu impacto emocional e espiritual, nos sintomas associados, sendo que para a operacionalização da mesma eram utilizadas dois tipos de instrumentos, escolhidos em função da existência de compromisso da comunicação e o seu registo preconizado no sistema informático do serviço (HCIS): a escala numérica e a *Behavioral Pain Scale* (BPS) ou Escala Comportamental da Dor.

Esta última utilizada em pessoas com compromisso da comunicação, consequência, por exemplo, da entubação endotraqueal para ventilação mecânica ou da sedação necessária, permitia a determinação de *scores*, mediante os quais, protocolarmente, se determinava a necessidade de mais medidas de controlo da dor, para *scores* superiores a 4. No entanto, apresenta algumas limitações, por exemplo na sua utilização em pessoas sem capacidade de resposta à dor de forma comportamental, nomeadamente as que apresentam alguns tipos de paralisia ou que estão sob o efeito de agentes bloqueadores neuromusculares.

Em aplicação simultânea com a BPS e de acordo com as PDA *Guidelines*, existia sempre a avaliação da RASS (*Richmond Agitation Sedation Scale*), que na sua utilização prática apresenta algumas dificuldades na monitorização da dor em doentes com grau elevado de sedação, uma vez que as manifestações comportamentais da dor podem estar inibidas pelos sedativos, limitação essa que é corroborada pela evidência científica existente. Sobre toda esta problemática, surgiu a necessidade de reflexão, do qual resultou um Jornal de Aprendizagem, que se encontra no apêndice IX. Com igual importância, de forma a adquirir e desenvolver mais conhecimentos nesta área que pudessem veicular uma prestação de cuidados com mais qualidade, realizei pesquisa bibliográfica acerca das escalas existentes para avaliar a dor no doente inconsciente e quais os indicadores avaliados em cada uma, dos quais a inibição da mobilidade gastro-intestinal, o aumento do consumo de oxigénio, a taquipneia, a tensão muscular, a taquicardia, a hipertensão, o aumento do débito cardíaco e a vasoconstrição, são exemplos. Desta pesquisa, pude igualmente verificar que de acordo com as PDA *Guidelines*, os instrumentos de avaliação recomendados para a dor são a BPS e a *Critical-Care Pain Observation Tool* (CPOT). Concomitantemente e tal como referido anteriormente, a participação no 14º Convénio Astor - 23ª Jornadas da Unidade da Dor do Hospital Garcia de Orta, no dia 29 de Janeiro de 2016 permitiram-me o contacto com a mais recente e melhor evidência científica no combate à dor (aguda ou crónica), de onde destaco as palestras que se relacionaram com intervenções terapêuticas que recorrem à ozonoterapia, com o título "Ozonoterapia em Dor crónica: como Funciona?" e à intervenção na dor aguda, com o título "Tratamento da dor aguda em urgência".

Na vertente do tratamento, tal como no SU, foram implementadas intervenções interdependentes de controlo da dor, complementadas com intervenções autónomas. Além das intervenções já exemplificadas, foram também implementadas estratégias cognitivas, com técnicas de distração, comportamentais, através de estratégias de relaxamento e de modulação da ansiedade e perceção da dor e estratégias ambientais, que proporcionaram uma melhoria destas condições, com limitação do stress, redução da intensidade da luz do serviço e da unidade do doente (utilizando luz incidente apenas quando necessária e de luz natural sempre que possível), ao ruído

existente (através da diminuição do volume das vozes e dos alarmes, com a pronta resolução destes quando ativados), à concentração das manipulações com organização e planeamento dos cuidados a prestar e a preservação do ritmo circadiano, respeitando os períodos mais prolongados de sono e repouso.

De acordo com o Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, as atividades acima resumidas, permitiram-me desenvolver competências: na área do domínio da melhoria contínua da qualidade, nomeadamente no desenvolvimento de iniciativas estratégicas institucionais da área da governação clínica e na criação e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro; e competências do domínio das aprendizagens profissionais, baseando a praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

De acordo com o Regulamento das competências específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem em PSC, permitiram-me desenvolver competências na área do cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, nomeadamente na gestão diferenciada da dor e do bem-estar, otimizando as respostas.

#### 5.1.4. Objetivo 4 - Desenvolver competências de comunicação interpessoal, substanciando a relação terapêutica com a pessoa e família face à situação de transição saúde-doença e situacional.

Etimologicamente o termo comunicar provém do latim *Comunicare* e significa pôr em comum, revelando a relação necessária entre os seres humanos, sendo a partir do processo comunicacional que compartilhamos experiências, vivências, angústias e inseguranças. De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), versão 2 (2011), comunicação é um foco de enfermagem definido como um comportamento interativo: dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não-verbais, face a face ou com meios tecnológicos, sincronizados ou não sincronizados.

Digamos que é fulcral o enfermeiro investir no desenvolvimento de competências comunicacionais, uma vez que a essência do cuidar humanizado está na comunicação. Sendo dois conceitos indissociáveis, o desenvolvimento de competências de comunicação interpessoal fundamenta, por sua vez, a relação terapêutica (figura 13).

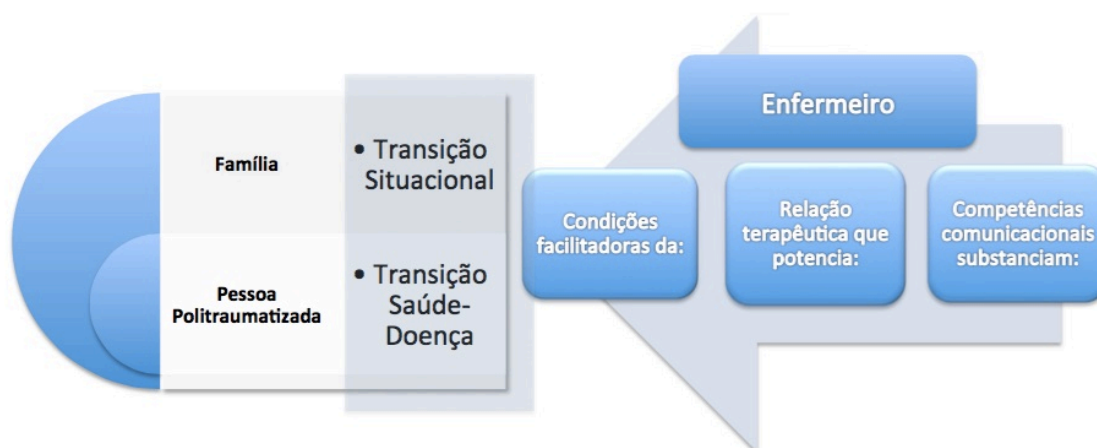


Figura 13 - Relação terapêutica fundamentada nas competências de comunicação interpessoal

Neste âmbito, o estágio em contexto de SU foi bastante profícuo para o desenvolvimento de competências de comunicação interpessoal, como instrumento, e da adaptação deste às características e necessidades de cada doente e de cada família. A realização de um Jornal de Aprendizagem na temática da comunicação interpessoal, constante no apêndice IX, permitiu exemplificar algumas das intervenções terapêuticas implementadas. A discussão com a enfermeira orientadora e com a professora orientadora, facilitou o processo de desenvolvimento de competências que se referem à questão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa e sua família face à situação de alta complexidade.

Outra das situações que permitiram o desenvolvimento destas competências e que muito me marcou, merecendo destaque, foi uma intervenção terapêutica em SR, com uma criança de cerca de 5 anos, de etnia cigana, vítima de atropelamento dentro do reduto hospitalar, do qual resultou trauma grave do pé direito, com quase amputação do mesmo.

A etnia cigana acumula várias dimensões de contraste social e cultural em relação à sociedade portuguesa em geral, que influenciam o seu estado de saúde, condicionam a relação dos seus membros com a doença e determinam a relação que se estabelece com o sistema de saúde, sendo importante conhecê-las para a promoção de um cuidar culturalmente competente, que promova uma transição saúde-doença e situacional que se assume como única, com mestria e fluidez de identidade. Segundo Stanhope (1999) os enfermeiros podem desenvolver a sua competência cultural através da

recetividade a experiências com doentes e famílias de outras culturas. Os princípios básicos da enfermagem culturalmente competente pressupõem que os cuidados são concebidos para um doente específico, baseados na singularidade da cultura da pessoa e família, incluem normas, valores culturais e estratégias de delegação de poderes que facilitem a toma de decisões do doente nos comportamentos relativos à saúde e são prestados com sensibilidade para com a singularidade da cultura dos doentes. Assim na assunção destes princípios e como resultado de pesquisa de evidência científica efetuada apreendi que alguns traços que constituem parte integrante da sua identidade são a tradição nómada, a língua, a valorização da idade e da experiência, o culto e o respeito pelos seus mortos, a coesão, a diferença assumida face ao não cigano e a prevalência do grupo em detrimento da individualidade de cada pessoa. A sua identidade étnica implica também sentimentos de pertença e autoestima, em que a família alargada ou extensa constitui a unidade estrutural básica da organização social e cultural. Segundo Liégeois (1989), os ciganos são um grupo de membros extremamente solidário, vivendo os conflitos de forma colectiva. Esta família em particular, encontrava-se no reduto do hospital na sequência do internamento de outro membro da família. Logo que a criança foi atropelada levaram-na para a urgência pediátrica, que rapidamente a transferiu para a urgência central, nomeadamente para a SR. Durante toda a nossa intervenção foi essencial a presença da mãe. No contexto de grande dor e de situação crítica, a criança por entre gritos, mostrava como principal preocupação, a reação do pai quando soubesse do sucedido e das consequências que este traria à sua mãe. Em simultâneo e dada a proximidade da SR à porta do hospital, ouvíamos um sem número de elementos daquela família a tentar entrar e as forças de segurança com muita dificuldade em manter a ordem. Dado o imediatismo associado à rápida resolução do problema, foi essencial falar com a mãe, explicando-lhe todos os procedimentos e preparando-a para as possíveis consequências do trauma do pé da criança, tanto as positivas como as negativas, bem como o estabelecimento de uma relação de confiança, deixando cair por terra os formalismos de relação, estabelecendo uma relação de parceria com a mesma, para tranquilizar todo os outros membros da família. Por fim, após estabilização da criança e da sua transferência, terá também sido importante o facto de me

ter dirigido ao exterior identificando o pai e o elemento mais velho da família, desmistificando na linguagem todas as intervenções terapêuticas implementadas e perscrutando também as suas necessidades.

Do que as situações anteriormente expostas são exemplo, várias foram as dimensões da comunicação desenvolvidas. Assim, além dos aspetos verbais da semântica, da fonética, da sintaxe e da desmitificação da mesma, muitas foram também as dimensões não-verbais, da escuta ativa, cinésia, da expressão facial, da postura, da proxémia e da paralinguística que foram desenvolvidas, ressaltando a importância dos silêncios, do volume da voz, do ritmo do discurso, que segundo Bolander (1998) são modo de comunicar mais espontâneo e mais difícil de controlar.

Em contexto de UCI, foram também desenvolvidas em continuidade, competências comunicacionais, dando aqui especial enfoque à dimensão não-verbal, na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, como é o caso da pessoa politraumatizada grave, submetida a ventilação mecânica invasiva. Segundo Mendes (2015, p. 87) "pela linguagem se manifesta o que se é e o modo como se deixou afetar", tomando assim um papel imperioso na compreensão do processo de transição saúde-doença e situacional, a partir da perspectiva de quem a experiencia. Neste âmbito realizei bastante pesquisa bibliográfica acerca desta temática, procurando tomar conhecimento da melhor e mais recente evidência científica existente sobre esta temática e refletindo sobre situações diversas que aconteceram no meu exercício, sempre em constante diálogo com a enfermeira e com a professora orientadora.

Tendo consciência que a entubação endotraqueal (por via oral ou nasal) é uma barreira real à comunicação e realçando a importância que a sedação da pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva (quer através de tubo, quer através de traqueostomia) condiciona, no sucesso desta intervenção terapêutica e na prevenção da iatrogenia, de acordo com o tipo utilizado, bem como o grau da mesma, diferentes técnicas de comunicação interpessoal se impõem, para o estabelecimento de uma relação terapêutica. Se por um lado a pessoa em situação crítica beneficia com a sedação por melhorar a dinâmica ventilatória, por outro lado, o seu estado de consciência alterado distorce a sua perceção do meio que o rodeia, limitando-a a nível comunicacional e exacerbando a sua vulnerabilidade. Por sua vez, quando



tenta comunicar verbalmente a sua primeira tentativa é desencadear esforço verbal movendo os lábios, o que segundo Thelan e Davie (1994) pode provocar a mobilização do tubo endotraqueal e aumentar o traumatismo da traqueia. Para diminuir as consequências anteriormente referidas e facilitar o processo de transição saúde-doença, várias estratégias foram utilizadas, para implementar intervenções terapêuticas, de acordo com a avaliação e diagnósticos de enfermagem realizados previamente, desde o simples fornecimento de papel e caneta, até à utilização de um quadro de letras existente no serviço, para formar palavras, ou mesmo o estabelecimento de códigos que podiam implicar apenas piscar os olhos, acenar com a cabeça e levantar ou baixar um dedo. O simples facto de nos apresentarmos, manter a pessoa informada sobre a data, o dia da semana, hora e local onde se encontra, permitindo a sua orientação espaço-temporal ou estabelecendo uma parceria de cuidados com a família para o desempenho destas funções ajudando a manter a ligação do doente com o mundo exterior, teve uma eficaz diminuição do sofrimento deste e promoveu a sua adaptação, permitindo-lhe diminuir a sensação de impotência e assumir um maior controlo.

São ainda uma forma de comunicação não-verbal as respostas fisiológicas que dizem respeito às "respostas do sistema nervoso autónomo que, pela palidez e o corar da pele, a transpiração e a modificação do ritmo respiratório, testemunham também as emoções da pessoa" (Phaneuf, 2005, p.68). "Quando atravessamos momentos difíceis onde a ansiedade domina, a presença de alguém torna-se mais necessária" (Phaneuf, 2005, p. 29), assim e neste âmbito, outra intervenção com especial enfoque foi o toque terapêutico, mais além que o toque instrumental, necessário para a realização de procedimentos. Este sendo um modo de comunicação não-verbal, foi utilizado intencionalmente, permitindo a percepção da presença do enfermeiro pela pessoa, veiculando uma ação terapêutica ao nível do suporte emocional e do conforto, com tradução fisiológica adicional.

No mesmo sistema, mas num outro vértice, segundo Neves e Pacheco (2004) destinar algum tempo para falar com os familiares é uma das fontes de cuidar da pessoa em situação crítica; procurar indagar os seus sentimentos, as suas preferências e do seu familiar e o que os preocupa (em relação à transição saúde-doença do seu familiar mas também em relação à sua

transição situacional), facilitará toda a interação. Depois de avaliado o seu benefício em todo o sistema, a vontade e a preparação da família, o estabelecimento de uma parceria de cuidados com estas, não prepara apenas a família para a alta (função educativa), como contribui para a preservação de relações familiares, minimizando os aspetos negativos da transição saúde-doença da pessoa em situação crítica, que passam também pela incapacidade de se fazer compreender.

Uma sugestão que coloquei ao serviço e que considero interessante para a otimização da comunicação, passa por ouvir relatos das experiências de doentes que estiveram internados em UCI sob ventilação mecânica invasiva, na consulta de pós-internamento em UCI implementada no serviço e com estes, encontrar estratégias de melhoria do processo.

Apesar de segundo Ferreira *et al* (2009) evitar a EOT, diminuir riscos associados, nomeadamente por infeções nosocomiais e lesão traqueal, não sendo necessária sedação, outra forma de ventilação que compromete de forma parcial a comunicação verbal, é a não invasiva, nomeadamente quando veiculada por máscara facial. Neste contexto, foi essencial também mobilizar uma série de conhecimentos, bem como recursos anteriormente referidos, por forma prestar cuidados que permitissem a adaptação da pessoa à ventilação não invasiva, promovendo a sua eficácia, mas por outro tentando satisfazer as suas necessidades comunicacionais, tendo sido muito gratificante. Numa situação específica, pude até verificar que não é a força com que fixamos a máscara facial que dita o sucesso terapêutico (podendo precipitar isquémia dos tecidos e feridas consequentes), percebendo que com mais fuga de ar, os volumes realizados pela doente eram até superiores e com tradução fisiológica mais benéfica (não comprometendo tanto a comunicação também). Assim, requer-se do enfermeiro não um cumprimento "cego" dos procedimentos técnicos, mas uma mediação e balanceamento de fatores que facilitam ou dificultam os objetivos terapêuticos, na sua dimensão holística.

Como gente que cuida de gente é essencial perceber que é necessário tempo para ouvir atentamente e/ou silenciosamente as pessoas que necessitam dos nossos cuidados. A escuta ativa é assim uma prerrogativa e implica atenção constante, total e uma sensibilidade e perceção apuradas para que se ouça o que o doente nos diz, mas sobretudo o que não diz.

O cuidar da família da pessoa em situação crítica foi uma competência que tive que trabalhar muitíssimo. Quando a pessoa está em estado crítico existe, por parte da família, a incerteza face ao prognóstico, a instabilidade da situação, a ansiedade e o medo. Em todo este contexto, não raras foram as vezes com que me deparei com dilemas éticos, perguntando-me que informações devo dar? Devo dar mais esperança ou deixar a situação mais explícita? De que forma faço esta mediação, de forma a que seja um processo com preparação, uma vez que não presto cuidados a esta família todos os dias? De que forma posso contribuir com um ajuda efetiva? Assim as inúmeras reflexões conjuntas com a enfermeira orientadora e com a professora orientadora, foram imprescindíveis para que existisse tranquilidade, para poder prestar melhores cuidados, mais competentes e seguros.

De acordo com o Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, as atividades acima resumidas, permitiram-me desenvolver competências: na área do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, nomeadamente nas Unidades de competência A1 e A2, na área do domínio da melhoria da qualidade, nomeadamente nas Unidades de Competência B3 e na área do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais na Unidade de competência D1 e D2.

De acordo com o Regulamento das competências específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem em PSC, permitiram-me desenvolver competências na área do cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, nomeadamente na Unidade de competência K1.5 da gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde e na Unidade de competência K1.6 da gestão do estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica.

#### 5.1.5. Objetivo 5 - Capacitar a família, para a assunção da função de parceiro de cuidados, no processo de transição saúde-doença da pessoa politraumatizada.

Contrariamente às crises naturais, a crise acidental que tem por consequência o politraumatismo, é um acontecimento inesperado. Nesta conjuntura embora toda a família seja afetada pela crise, cada elemento é atingido de forma específica (Carter e McGoldrick, 2007), sendo os seus papéis particularmente afetados pela crise emocional que rompe o equilíbrio e rotinas

familiares e porque esta situação poderá causar dificuldade, conflito ou exaustão no desempenho de papel. Assim, a abordagem sistémica da família, como primordial, foca-se simultaneamente, no indivíduo e no sistema familiar, sendo a interação entre os elementos da família o alvo da intervenção do enfermeiro e a otimização da tomada de decisão e o cuidado ao doente, indicadores de resultado.

Avaliar e intervir eficazmente sobre as necessidades da família, durante o período inicial de crise (por exemplo em SU), é importante na medida em que se pode reduzir o impacto negativo do stress, fortalecendo a capacidade de interação e apoio ao doente e o aumento da satisfação familiar com os cuidados prestados (Buckley e Andrews, 2011). Assim, aplicar o processo de enfermagem à família, implica primeiramente avaliar a sua estrutura, função e o processo familiar permitindo depois assistir os membros da família a gerir a mudança, o conflito e a necessidade de cuidados (Kaakinen *et al*, 2010). Neste contexto pude verificar que famílias com estrutura e função similares, interagem de formas muito diferentes, sendo essa interação que percebi fazê-las únicas. Na maioria das vezes, os doentes no SU em SR e em UCI, encontram-se inconscientes, sendo o conhecimento da estrutura familiar fundamental. Foi, através da família, que conheci melhor o doente, as suas crenças religiosas e espirituais, as práticas culturais, o que me permitiu uma prestação de cuidados adaptados às crenças do doente, mas também as relações existentes entre o doente, a família e as pessoas exteriores, permitindo identificar fontes de apoio na sua rede social. Exemplo disto, foi uma situação em que deu entrada na SR, um doente com cerca de 75 anos, vítima de tentativa falhada de suicídio, com arma de fogo, mas com um prognóstico muito reservado. Na sala de espera encontrava-se a sua filha, também enfermeira, a quem prestei cuidados em equipa multidisciplinar: Primeiramente em equipa, com a médica assistente, no fornecimento de toda a informação clínica, depois com a supressão da sua necessidade de proximidade ao pai, estando sempre presente e disponível e por fim com suporte emocional. Percebi que após esta intervenção, a sua desorientação prendia-se essencialmente com a comunicação da notícia aos seus filhos. Não sabia como o iria fazer: Por um lado não queria mentir, mas por outro achava o contexto demasiado traumático. Apesar de ter sido uma intervenção curta e

limitada no tempo, passou essencialmente pelo suporte emocional no momento de choque, avaliação dos recursos externos e internos disponíveis para mobilização e de estratégias facilitadoras para lidar com a transição situacional familiar. Na esfera da UCI e a título de exemplo, prestei cuidados a um senhor em situação crítica, que estava em choque séptico, sob ventilação mecânica e sedação. A este senhor não foi cortado o bigode, que já começava a ficar grande (e a comprometer a prevenção e controlo de infeção durante a aspiração de secreções endotraqueais e orais), sem aferir junto da família, de que forma este o preferiria cortado e se queriam participar na prestação desse cuidado.

Para que exista uma intervenção sistemática sobre este doente específico é essencial definir o que entendemos sobre o conceito de família, como ela se comporta, como evolui, o que a influencia e pelo que é influenciada. Revela-se essencial compreender a sua estrutura, a função e o processo familiar. Na abordagem estruturada, multidimensional e integrada para avaliar a família, o Modelo de Avaliação de Calgary da Família, é um bom instrumento, avaliando três dimensões distintas: estrutural, de desenvolvimento e funcional. Para a avaliação da estrutura familiar podemos socorrer-nos ainda do genograma (estrutura interna) e do ecomapa. Projetando a sua utilização, quer no estágio de SU quer no de UCI, a mesma verificou-se não ser possível, dada a impossibilidade de continuidade de cuidados a uma mesma família, que permitisse a sua aplicabilidade: No SU dada a grande rotatividade de doentes e visto o exercício clínico ter sido desenvolvido maioritariamente em SR e em UCI pela distribuição de doentes, que muitas vezes não permitia continuidade na prestação de cuidados à mesma pessoa e família e porque o doente politraumatizado a quem maioritariamente prestei cuidados, por ser indigente e a família encontrar-se na Madeira, não teve visitas de familiares, mas apenas do serviço social.

O suporte familiar e o efeito da doença crítica na saúde familiar foram já descritos em diversos estudos. Segundo Leske (1991) as necessidades da família da pessoa em situação crítica agrupam-se em cinco áreas: informação, segurança, proximidade, suporte e conforto. Porém, existe ainda pouca produção científica referente às intervenções de enfermagem que permitam responder eficazmente às necessidades da família ou diminuir os efeitos

psicológicos adversos da doença crítica (Davidson *et al*, 2010). O *Facilitated Sensemaking* como teoria, pretende ajudar, apoiar e aliviar o sofrimento da família, evitando que a família desenvolva sequelas psicológicas adversas, como o distúrbio de stress pós-traumático, proporcionando-lhe recursos necessários para enfrentar o internamento do seu familiar em UCI, através do envolvimento do córtex pré-frontal e da diminuição da libertação de hormonas de stress. Neste contexto, agi proactivamente retirando informação do ambiente, organizando-a e explicando-a à família no sentido de a ajudar a compreender a situação, por exemplo quando lhes explicava valores hemodinâmicos presentes no monitor ou mesmo desmistificando alarmes e ativando o córtex pré-frontal com o envolvimento dos familiares na prestação de cuidados, aplicando por exemplo vaselina nos lábios do doente, realizando massagem às mãos ou pés, assistir em mobilizações passivas, falar sobre acontecimentos do dia ou trazer fotografias de casa, tornando-se possível a aprendizagem com o evento e atribuição de significado racional à experiência. As intervenções dividiram-se em intervenções que ajudaram a família a compreender a situação, suprimindo a necessidade de informação, segurança e suporte e em intervenções que ajudaram a família a compreender o seu novo papel, suprimindo a necessidade de proximidade. A figura 14 esquematiza todo este raciocínio.

Para ajudar a família a compreender a situação, apresentei-me à família, expliquei o ambiente quer do SU quer da UCI, descrevendo informações nele contidas, perscrutei quais os conhecimentos relativos ao motivo de admissão do doente e esclareci mitos e concepções erradas. No final de cada visita, revia com a família os eventos ocorridos naquele dia, escutando-a e clarificando. Exemplos de outras intervenções que apliquei foram ajudar a família a formular questões para colocar ao médico e questionar se existia algo que podia fazer para melhorar toda a experiência, identificando possíveis necessidades não previstas. As intervenções de enfermagem preconizadas para ajudar a família a compreender o seu novo papel incluíram essencialmente o auxílio na preparação de informação a ser transmitida aos restantes elementos da família e identificação de atividades a realizar com o doente.

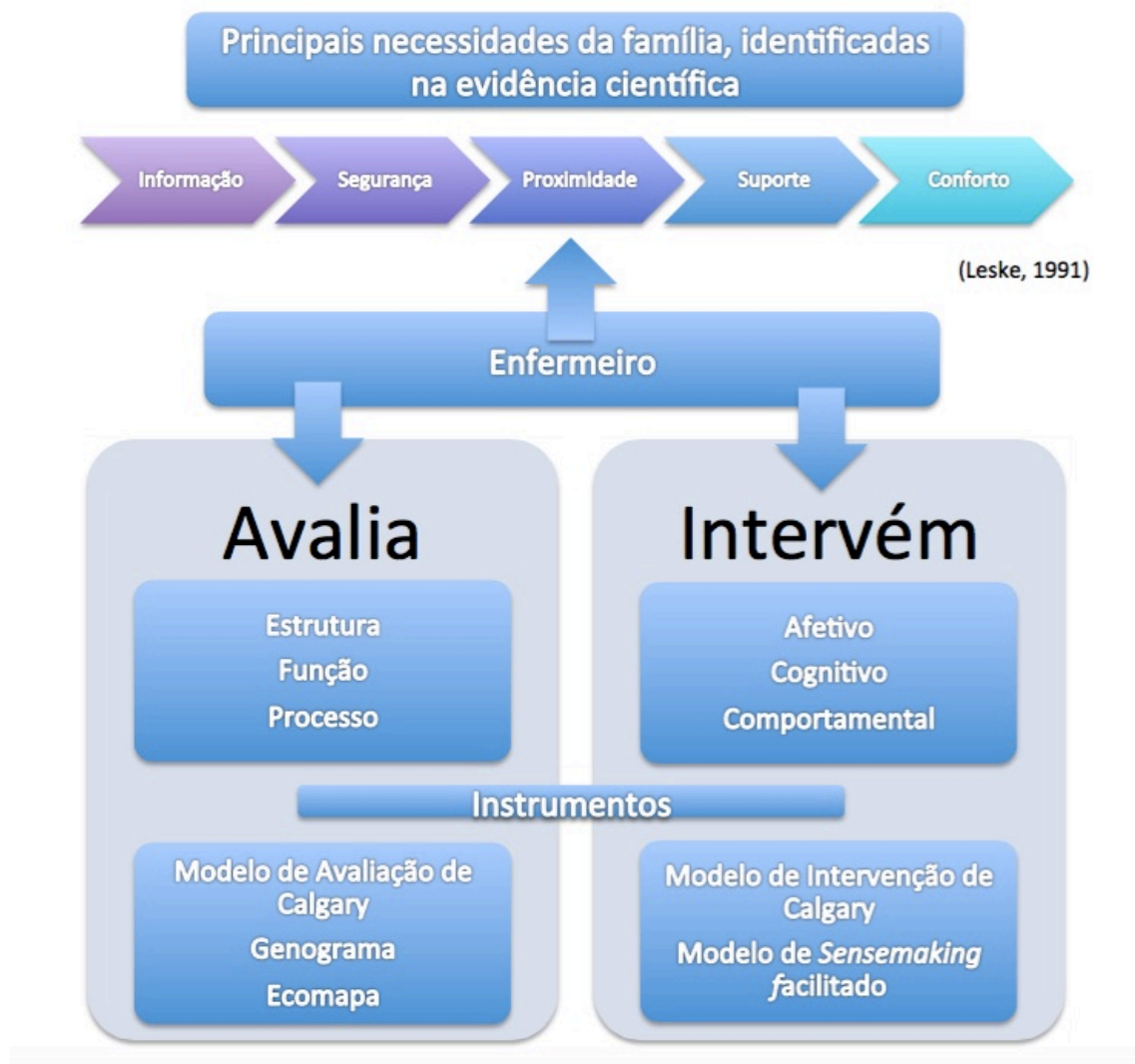


Figura 14 - Intervenção especializada de enfermagem na família

Compete ao enfermeiro determinar o efeito da hospitalização na família e colmatar as suas necessidades, desenvolvendo com ela uma relação empática que promova a sua saúde (Hanson *et al*, 2005). Desta forma, as intervenções de enfermagem com vista a promover o funcionamento familiar, variaram consoante as dificuldades encontradas por cada família. Se a família não possuía condições facilitadoras prévias, para manter a sua integridade, era necessária a intervenção terapêutica culturalmente ajustada às suas necessidades específicas, assistindo-a a identificar fontes de recursos e suporte social na comunidade, potenciando a sua força e resiliência familiar. Para este efeito vários recursos foram mobilizados, por exemplo, o serviço social, a psicologia ou os serviços religiosos adequados às suas crenças e necessidades espirituais. Noutra esfera e a nível interno, a intervenção teve

como alvo os processos familiares como o *coping*, os papéis, a comunicação, a tomada de decisão, as rotinas e rituais familiares.

As alterações provocadas pela admissão do doente em SU e UCI, daquilo que observar, além de causarem sentimentos de medo, irritação e mesmo culpa (Hanson *et al*, 2005), refletiam-se a nível familiar essencialmente com alterações dos planos de vida, pela desorganização e apatia na realização de atividades habituais e a nível profissional, com a sua eventual interrupção para poder visitar e estar com o doente. Tendo consciência desta realidade suportada na evidência científica e após aferição das necessidades, durante o estágio em SU formulei um documento de suporte escrito à família (Apêndice IV), onde constasse a estrutura física do serviço, contactos, principais regras e o enquadramento legal, como intervenção terapêutica que pudesse simultaneamente suprir a necessidade de informação e a necessidade de suporte, fundamentando o aumento da sensação de controlo. Durante o estágio em UCI propus à enfermeira orientadora e depois à chefia do serviço a reformulação do protocolo de acolhimento à família, bem como do seu guia (onde constassem as disposições legais), com alargamento do horário das visitas, proposta que infelizmente não foi possível formalizar.

Para a família se adaptar ao desempenho de um novo conjunto de tarefas, tem de se reestruturar e organizar, e para que tal aconteça, tem de mobilizar recursos, capacidade e motivação (Hanson *et al*, 2005). Assim, tanto no estágio em SU como em UCI a minha intervenção terapêutica consistiu em assistir a família a identificar os seus objetivos e os meios de que dispunham para os atingir.

As intervenções dirigidas ao domínio cognitivo relacionaram-se com ideias, opiniões, informação e educação, mudando a conceção e crença da família relativa ao problema e explorando novas soluções, iniciando-se a intervenção com o elogio das forças, das competências e dos recursos. As intervenções direccionadas ao domínio afetivo, com a finalidade de diminuir emoções intensas, que podiam estar a bloquear os esforços da família para resolver os seus problemas, passaram pela validação do afeto, alívio de sentimentos de isolamento/solidão, ajudando a família a partilhar sentimentos/emoções e incentivando a família a narrar a história da doença, substanciando um ambiente de confiança. Ao criar a oportunidade para cada



elemento expressar a sua perspetiva sobre o impacto da doença na família, promoveu-se a validação das suas experiências e estimulou-se o suporte familiar atuando como agente facilitador da comunicação, incentivando os seus elementos a ouvirem preocupações e sentimentos mútuos. Intervir no domínio comportamental significou ajudar a família a interagir e comportar-se de forma diferente. Assim a intervenção passou pela oferta de suporte e incentivo à prestação de cuidados à pessoa doente, promovendo a diminuição da sensação de impotência e ansiedade, bem como o aumento do controlo. Foi igualmente importante, incentivar o descanso do elemento cuidador, desencorajando o sentimento de culpa quando este precisava ou desejava abandonar o serviço. Neste âmbito foi também importante verificar que contrariamente aquilo que pensava, o alargamento do horário das visitas, nem sempre é abonatório às famílias, uma vez que funciona como balizamento do tempo que os elementos podem despende no local e permite que por um lado supra as suas próprias necessidades, mantendo algumas rotinas e atividades de vida menos afetadas e por outro diminui o sentimento de culpa por não permanecer 24 horas junto ao seu familiar. Assim, o horário das visitas e a permanência dos familiares junto do doente foi avaliado de forma contextual, tendo em conta as necessidades de ambos.

No contexto de UCI, onde decorreu o estágio, apesar de ser visível a limitação relativa a estruturas físicas de apoio e suporte à família, como por exemplo uma sala para acolhimento da mesma, ou comunicação de más notícias, existe por parte da equipa de Enfermagem a perceção da importância da família como parceira de cuidados e um esforço por integrá-la no planeamento de cuidados.

De acordo com o Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, as atividades acima resumidas, permitiram-me desenvolver competências: na área do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, nomeadamente nas Unidades de competência A1 e A2, na área do domínio da melhoria da qualidade, nomeadamente nas Unidades de Competência B3 e na área do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais na Unidade de competência D1.

De acordo com o Regulamento das competências específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem em PSC, permitiram-me desenvolver competências na área do cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, nomeadamente na Unidade de competência K1.4 da assistência à pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica e/ou falência orgânica, na Unidade de competência K.1.5 da gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde e na Unidade de competência K1.6 da gestão do estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica.

#### 5.1.6. Objetivo 6 - Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação.

De acordo com o definido pelo INEM (2012), situações de exceção, no contexto de emergência médica, representam todas as situações onde, de forma pontual ou sustentada, se verifica um desequilíbrio entre as necessidades de assistência e os recursos disponíveis. Como exemplo de situações de exceção mais frequentes em Portugal, existem os acidentes multi-vítima, incêndios florestais, incêndios urbanos/industriais, intoxicações e alguns fenómenos naturais como aluviões, cheias/inundações, ondas de calor e vagas de frio (INEM, 2012).

A catástrofe é definida, no artigo 3º da Lei nº 27/2006, de 3 de Julho, que aprova a Lei de Bases da Proteção Civil, como um acidente grave ou uma série de acidentes graves, susceptíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido sócio-económico em áreas ou na totalidade do território nacional.

Noutro foco, a emergência multi vítimas envolve um número de vítimas suficientemente elevado para alterar o normal funcionamento dos serviços de

92

emergência e a prática de cuidados de saúde. Exige um conjunto de procedimentos médicos de emergência com o propósito de salvar o maior número de vidas e proporcionar o melhor tratamento às vítimas, fazendo o melhor uso dos recursos disponíveis.

A baixa casuística que se verifica no nosso país em situações desta natureza aumenta o risco do sistema de resposta estar menos preparado e de haver menos sensibilidade para estas questões, no entanto, é fundamental estar consciente de que os diferentes fatores de risco capazes de as despoletar estão ininterruptamente ativos e a questão que se deve colocar não é se vai acontecer, mas sim quando vai acontecer? Neste contexto, importa maioritariamente perceber que o seu risco é crescente, pelo aumento homólogo da densidade populacional, do povoamento em áreas de alto risco, da dependência e risco tecnológico, do terrorismo biológico, químico ou nuclear, do envelhecimento populacional nos países industrializados, da emergência de doenças infecciosas e da sua velocidade de propagação associada à globalização e da má consciência e segurança global (OE, 2013)

Neste seguimento e segundo Oliveira (2012) todos aqueles que desempenham funções operacionais na emergência pré-hospitalar, têm a perfeita noção de que é, maioritariamente, nestes cenários que um bom planeamento e/ou uma boa e adequada abordagem inicial das vítimas, bem estruturada e sequencial, que muitas vidas podem e devem ser ganhas. Só desta forma é que as equipas estarão preparadas no momento em que a exigência se impuser.

Na consecução do apresentado e tendo presente que para desenvolver competências no planeamento e gestão de situações de exceção é fundamental possuir um corpo de conhecimentos aprofundado sobre atribuições legais dos diferentes intervenientes, o estado da arte atual e o papel do enfermeiro, várias foram as estratégias utilizadas, nomeadamente a consulta do enquadramento legal, pesquisa bibliográfica e análise documental (deliberações, instruções de trabalho, protocolos).

No que concerne ao conhecimento do enquadramento legal, este foi conseguido primeiramente pela consulta da Lei nº 27/2006, de 3 de Julho, da Lei de Bases da Proteção Civil e de seguida do Plano Nacional e Distrital para catástrofe e emergência.

Da Lei de Bases da Proteção Civil, o apreendido relacionou-se essencialmente com os objetivos e domínios de atuação, com os seus princípios e com os pressupostos das situações de alerta, contingência e calamidade.

Quanto ao Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil (2012), foi essencial conhecer da Parte I - Enquadramento Geral do Plano, o capítulo referente à ativação do Plano (Competência e Critérios), da Parte II - Organização da Resposta, o capítulo 1 do Conceito de atuação e da Parte III - Áreas de Intervenção, o capítulo 5 dos Procedimentos de Evacuação, o capítulo 7 dos Serviços Médicos e Transporte de Vítimas e o capítulo 8 do Socorro e Salvamento.

Do Plano Distrital de Emergência de Proteção Civil de Lisboa (2015), foi essencial o conhecimento da Parte I - Enquadramento, do capítulo 3 da Tipificação de Riscos e do capítulo 4 dos Critérios para a ativação e da Parte II - Execução, do capítulo 3.2 das Zonas de Intervenção, do capítulo 3.3 da Mobilização e coordenação de meios e do capítulo 4.8 dos Serviços médicos e transporte de vítimas.

Em contexto de estágio de SU, as atividades realizadas para atingir este objetivo foram essencialmente a consulta de normas, protocolos e procedimentos internos, de nível institucional e de serviço e o contacto com o Gabinete de Gestão de Risco e de Crise Institucional. De igual importância foi a revisão do Curso de Triagem de Manchester, que previamente já detinha, mas neste âmbito, no que concerne aos dois fluxogramas destinados a triagem em situações de catástrofe e de todo o material necessário à sua aplicação.

Em contexto de estágio de UCI, consulte igualmente normas e protocolos institucionais e de serviço. Sendo o Plano de Segurança da instituição definido como um conjunto de medidas de autoproteção visando evitar incidentes ou acidentes e limitar as suas consequências, é constituído pelo Plano de Prevenção (que visa limitar os riscos de ocorrência e desenvolvimento de incêndios e outras situações que possam afetar as instalações do hospital), pelos Registos de Segurança (conjunto de documentos que contêm os registos de ocorrências relevantes e de relatórios relacionados com a segurança) e pelo Plano de Emergência Interno. No sentido de aumentar os conhecimentos acerca de procedimentos de atuação

numa situação de emergência, possibilitando uma atuação rápida e eficaz, consultei também instruções especiais de segurança definidas para os profissionais, plantas do serviço, identificação de equipamentos de segurança e percursos de evacuação pré-definidos, procedimentos multissetoriais relativos à política de Atuação Contra Incêndios. Destes procedimentos multissetoriais sublinho: "Manutenção dos Espaços e Praticabilidade dos Caminhos de Evacuação"; "Plano de Emergência Interno - Instrução Especial de Segurança - UCI"; "Plano de Emergência Interno - Atuação em Caso de Incêndio".

De acordo com o Regulamento das competências específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem em PSC, as atividades acima resumidas permitiram-me desenvolver competências na área da dinamização da resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação, respondendo aos critérios de avaliação K.2.1.1 - Demonstra conhecimentos do Plano Distrital e Nacional para catástrofe e emergência, K.2.2.1 - Demonstra conhecer os planos e os princípios de atuação em situações de catástrofe, K.2.2.2 - Identifica os vários tipos de catástrofe e as implicações para a saúde, K.2.2.3 - Atribui graus de urgência e decide a sequência de atuação e K.2.2.4 Sistematiza as ações a desenvolver em situação de catástrofe ou emergência.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (2010) define-a como aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Amplamente enquadrada na definição anteriormente apresentada, a pessoa politraumatizada, é vítima de um evento traumático inserido num fenómeno maior que exige especial atenção e investimento por se tratar de um problema *major* de Saúde Pública no mundo, com a morte de cerca de 1,3 milhões de pessoas anualmente (OMS, 2012).

Por sua vez e sendo que a pessoa singular politraumatizada, enquanto ser único, está inserida numa família e comunidade, sendo por um lado, produto deste sistema e influenciando-o por outro, numa lógica de integração no paradigma da transformação, cada vez mais a família deve ser considerada fulcral no planeamento de cuidados de enfermagem. A família, no seu conceito alargado, constitui-se como contexto de desenvolvimento da pessoa, sendo uma unidade de suporte à vida e à saúde indiscutível. Para melhor conhecermos e cuidarmos a pessoa internada em contexto de cuidados críticos, que vive um processo de transição saúde-doença, melhor devemos conhecer a sua família e as suas necessidades condicionadas pelo processo de transição situacional. Por outro lado, considerando a família como parceira de cuidados, direcionamo-nos para uma maior individualização e personalização dos mesmos, rumo à qualidade e excelência do exercício. Neste contexto, o enfermeiro cuida com intencionalidade, aplicando o processo de enfermagem, do qual a implementação de intervenções terapêuticas faz parte, promovendo as condições facilitadoras do processo de transição e aumentando o limiar da vulnerabilidade, através do *empowerment*.

Enquadrado nesta problemática, o tema do projeto desenvolvido **"Cuidados de Enfermagem Especializados à Família da Pessoa Politraumatizada, em contexto de cuidados críticos"**, serviu de mote primeiramente para responder aos objetivos do 2º Ciclo de Estudos, de acordo

com os descritores de Dublin e de seguida quando implementado, em contexto de estágio, para o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem à PSC. Para isto contribuiu a mobilização de conhecimentos e competências múltiplas, para responder com qualidade, em tempo útil e de forma humanizada às necessidades da pessoa politraumatizada e sua família, a implementação de intervenções terapêuticas de enfermagem para prevenção e controlo de lesão secundária e infeção, a implementação de intervenções terapêuticas de enfermagem de forma a gerir a dor e garantir o bem-estar, o desenvolvimento de competências de comunicação interpessoal que substanciaram a relação terapêutica, a capacitação da família para a assunção da função de parceiro de cuidados e a dinamização da resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, através das suas diversas atividades explanadas neste relatório.

O enfermeiro especialista em Enfermagem em PSC tem um papel preponderante no planeamento de estratégias de saúde, já que é portador de competências acrescidas e específicas que lhe permitem detetar e intervir em situações de risco e prestar cuidados de maior complexidade, o que pressupõe uma adequada relação teórico-prática, e a sua consequente aplicabilidade na prestação de cuidados diferenciados ao doente crítico, em unidades de médio e alto risco (Regulamento 124/2011, Diário da República).

Face a isto este relatório de estágio surge como produto da aprendizagem experiencial nos contextos de SU e de UCI, que por sua vez se assume como resultado da combinação dos vértices da experiência pessoal, transformação da experiência e reflexão. Neste sentido e seguindo o raciocínio de Benner (2010), o percurso realizado durante a realização do estágio foi projetado de forma a potenciar a progressão de principiante, a principiante avançado, a competente e depois de proficiente até ao nível de perito.

Realizar o relatório de estágio não foi uma tarefa fácil e as dificuldades sentidas na elaboração do mesmo prenderam-se essencialmente com a seleção e pertinência dos conteúdos, que justificaram o desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, mas também dos que demonstraram responder aos objetivos do 2º ciclo de estudos - Mestrado em Enfermagem. Esta etapa implicou igualmente esforço e



envolvimento pessoal, bem como ser capaz de identificar as áreas sensíveis à intervenção especializada dos enfermeiros e de gerir a complexidade das situações que foram surgindo. Concluindo, como espelho do percurso realizado, assume-se não como o fim do caminho, mas uma condição facilitadora para um percurso de melhoria que se revela longo.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. C. (2011). *Transições e contextos Multiculturais* (2ª ed.). Coimbra: Formasau;
- Alarcão, I., & Tavares, J. (2003). *Supervisão da prática pedagógica. Uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem* (2ªed.). Coimbra: Almedina;
- Alarcão, I., & Rua, I. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14(3);
- Araújo, M. B. (2010). *Cuidar da Família com um idoso dependente: Formação em Enfermagem*. Universidade do Porto;
- Ausloos, G. (2003). A competência das Famílias. In *Colecção Sistemas, Famílias e Terapias*. Lisboa: Climepsi Editores;
- Autoridade Nacional de Proteção Civil. (2015). *Plano Distrital de Emergência de Proteção Civil de Lisboa* (Versão para consulta pública);
- Autoridade Nacional de Proteção Civil. (2012). *Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil* (Versão para consulta pública);
- Autoridade Nacional de Proteção Civil. Lei de Bases da Proteção Civil, Pub. L. No. 27/2006 (2006). Diário da República;
- Barr, J., Fraser, G., Puntillo, K., Ely, E. W., Gélinas, C., Dasta, J., ... Jaeschke, R. (2013). Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. *Crit Care Med*, 41(1);
- Benner, P., Kyriakidis, P., & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care. A thinking-in Action Approach* (2ª Edição.). New York: Spring Publishing Company, LLC;
- Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The Primacy of Caring - Stress and Coping in Health and illness*. California: Addison-Wesley publishing;
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*;
- Benner, P., Tanner, C., & Chesla, C. A. (1996). *Expertise in Nursing Practice: Caring, Clinical Judgement and Ethics*;

- Bolander, V. B. (1998). *Enfermagem Fundamental - Abordagem Psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta;
- Boterf, G. (1994). *De la competence. Essai sur un attracteur étrange*. Les Éditions D'organisation;
- Bridges, W. (2004). *Transitions - making sense of life's changes* (2<sup>a</sup> ed.). USA: Da Capo Press Publishers;
- Bridges, W. (2004). *Transitions: Making sense of life's changes*. New York: Assison-Wesley;
- Brohi, K., Singh, J., Heron, M., & Coats, T. (2003). Acute traumatic coagulopathy. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 54(6), 1127–1130;
- Buckley, P., & Andrews, T. (2011). Intensive Care nurses's knowledge of critical care family needs. *Intensive and Critical Care Nursins*, 27, 263–272;
- Burnard, P. (1995). *Learning Human Skills: An Experiential and Reflective Guide for Nurses*. Butterworth-Heinemann. Retrieved from <https://books.google.com/books?id=-eoLNAAACAAJ&pgis=1>;
- Canaval, G. (2007). La teoría de las transiciones y la salud de la mujer en el embarazo y en el posparto. *Revista Aquichan, Abril*, 8–24;
- Carter, B., & McGoldrick, M. (2007). *As mudanças no ciclo vital familiar uma estrutura para terapia familiar*. Porto Alegre: Artmed;
- CDC. (2003). Guidelines for Preventing Healthcare Associated Pneumonia. *Practives Advisori Committe*, 53, 1–36;
- Chick, N., & Meleis, A. (1986). Transitions: A nursing concern. *Nursing Research Methodology*, 237–257;
- Chick, Norma, & Meleis, A. (1986). *Transitions: A Nursing Concern*. New York: Aspen Publication;
- CHLC. (2010). Missão, Visão, Valores e Objectivos. Retrieved from <http://www.chlc.min-saude.pt/content.aspx?menuid=3>;
- Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência. (2012). *Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência*;

- Comissão Regional do Doente Crítico. (2009). *Um ano de reflexão e mudança!* Administração Regional do Norte I.P.;
- Correia, A., Gonçalves, L., Martins, M., & Penaforte, M. (2009). *Guia de Boa prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vértebro-Medular* (Ordem dos Enfermeiros);
- Courtois, B. (1992). La formation en situation de travail: une formation expérientielle ambigue. *Education Permanente*, 112;
- Davidson, J. E. (2009). Family-Centered Care: Meeting the Needs of Patients' Families and Helping Families Adapt to Critical Illness. *Critical Care Nurse*, 29(3), 28–34;
- Davidson, J., Daly, B., Agan, D., Brady, N., & Higgins, P. (2010). Facilitated sensemaking a feasibility study for the provision of a family support program in the intensive care unit. *Critical Care Nursing Quarterly*;
- Davidson, J., Winkelman, C., Gélinas, C., & Dermenchyan, A. (2015). Pain, Agitation and Delirium Guidelines: Nurses Involvement in Development and Implementation. *Critical Care Nurse*, 35(3);
- DGS. A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor, Circular Normativa nº9/DGCG (2003). Lisboa;
- DGS. Circular Normativa sobre Visitas e Acompanhamento familiar a doentes internados, Pub. L. No. 4/DSPCS (2000). Portugal: Direção Geral da Saúde;
- DGS. Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado, Pub. L. No. N°07/DQS/DQCO (2010);
- DGS. (2015). A Saúde dos Portugueses Perspetiva 2015. Lisboa: Direção-Geral da Saúde;
- DGS. (2014). *Norma nº 018/2014 de 09/12/2014 - Prevenção de Controlo de Colonização e Infecção por Staphylococcus aureus Resistente à Meticilina (MRSA) nos hospitais e unidades de internamento de cuidados continuados integrados*. Lisboa;
- DGS. Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças, Pub. L. No. 14/2010 (2010). Ministério da Saúde;
- Dias, J. (2004). Perspetivas das Competências. *Nursing*, 188;

- Diogo, P. (2012). O trabalho emocional em Enfermagem como foco de investigação e reflexão. *Salutis Scientia*, 4;
- Direção-Geral da Saúde. (2013). Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor). Retrieved from <http://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/plano-estrategico-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor-penpcdor.aspx>;
- Direção-Geral da Saúde. Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças, Pub. L. No. 14/2010 (2010). Ministério da Saúde;
- Direção-Geral da Saúde. (2007). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde;
- Direção-Geral da Saúde. Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde, Circular Normativa 13/DQS/DSD (2010).;
- Direção-Geral da Saúde. (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Direção Geral da Saúde;
- Direção-Geral da Saúde. Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos) (2012). Ministério da Saúde;
- Direção-Geral da Saúde. Abordagem da Transfusão Maciça, Pub. L. No. 011/2013 (2014). Ministério da Saúde;
- Direção-Geral da Saúde. Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa, Circular Normativa 15/2010 (2010). Ministério da Saúde;
- Direção-Geral da Saúde. (2015). A Saúde dos Portugueses Perspetiva 2015. Ministério da Saúde;
- Direção-Geral da Saúde. (2008). *Programa Nacional de Controlo da Dor* (Circular Normativa N°11/DSCS/DPCP);
- Direção-Geral da Saúde. (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Ministério da Saúde;
- *emergência*. (2003-2016). *Dicionário da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico*. Porto: Porto editora. Retrieved from <http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/emergência>;

- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2014). Regulamento de Mestrado, 6–7;
- Esteves, N. (2012). Ser e continuar a ser família em cuidados intensivos;
- Ferreira, S., Nogueira, C., Conde, S., & Taveira, N. (2009). Ventilação não invasiva. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, XV(4);
- Figueiredo, M. (2009). *Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar*. Universidade do Porto;
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e Intervenção familiar*. Loures: Lusociência;
- Gomes, E., Moreira, D., Chaló, D., Dias, C., Neutel, E., Aragão, I., & Cos-Pereira, A. (2011). O doente politraumatizado Grave Implicações da Ruralidade na Mortalidade, Incapacidade e Qualidade de vida. *Acta Médica Portuguesa*, 24;
- Gruen, R., Jurkovich, G. J., McIntyre, L. K., Foy, H. M., & Maier, R. V. (2006). Patterns of Errors Contributing to Trauma Mortality. *Annals of Surgery*, 244(3), 371–380;
- Gunst, M., Ghaemmaghami, V., Gruszecki, A., Urban, J., Frankel, H., & Shafi, S. (2010). Changing epidemiology of trauma deaths leads to a bimodal distribution. *Baylor University Medical Center*, 23(4), 349–354;
- Hanson, S., Gedaly-Duff, & Kaakinen, J. (2005). *Family Health Care Nursing: theory, practice and research* (3 ed.). Philadelphia: F. A. Davis;
- Hanson, S., Gedaly-Fuff, & Kaakinen, J. (2005). *Family Health Care Nursing: theory, practice and research* (3rd ed.). Philadelphia: F.A. Davis Publishers;
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem - pensamento e ação na prestação do cuidar*. Loures: Lusociência;
- Hesbeen, W. (2007). *Dire et écrire les savoirs faire d’infirmière*. Colóquio-Bruxelas: Ecriture Fonctionnelle, Écriture sensible deux modalités, quelle(s) finalité(s);
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2013). The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy. Seattle: IHME;
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). *Situação de Exceção - Manual TAS*;

- International Association for the Study of Pain. (2010). *Guia para o tratamento da dor em contextos de poucos recursos*. Seattle;
- Jurkovich, G., Greiser, W., Luterman, A., & Curreri, P. (1987). Hypothermia in trauma victims: an ominous predictor of survival. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 27(9), 1019–24;
- Kaakinen, J., Gedaly-Duff, V., Coelho, D., & Hanson, S. (2010). *Family health care nursing. Theory, practice and research*. Philadelphia: F. A. Davis;
- Kaakinen, J., Gedaly-Duff, V., Coelhos, D., & Hanson, S. (2010). *Family health care nursing. Theory, practice and research* (4 ed.). Philadelphia: F. A. Davis;
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1996). *El Pensamiento Enfermo*. Elsevier Masson;
- Klompas, M. (2014). Strategies to Prevent Ventilator-Associated Pneumonia in Acute Care Hospitals. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 35(8), 915–936;
- Kralik, D., Visentin, K., & Van Loon, A. (2006). Transition: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55(3), 320–329;
- Kralik, D., Visentin, K., & Van Loon, A. (2008). Transition: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55(3), 320–329;
- Leal, T. (2006). *A CIPE e a Visibilidade em Enfermagem: Mitos e Realidades*. Loures: Lusociência;
- Lecky, F., Bouamra, O., Woodford, M., Alexandrescu, R., & O'Brien, S. (2010). Epidemiology of Polytrauma. In *Damage Control Management in the Polytrauma Patient*. Manchester;
- Leddy, S., & Pepper, M. (1993). *Conceptual Bases of Professional Nursing*. New York: Lippincott Company;
- Leske, J. (1991). Internal psychometric properties of the Critical Care Family Needs Inventory. *Heart & Lung*, 20, 236–244;
- Li  geois, J.-P. (1989). *Ciganos e itinerantes: dados s  cio culturais - dados s  cio políticos*. Lisboa: Santa Casa da Miseric  rdia;
- Manuila, L. (2003). *Dicion  rio Médico* (3   ed.). Lisboa: CLIMEPSI;



- Marmot, M., & Allen, J. (2014). Social Determinantes of Health Equity. *American Journal of Public Health*, 104, S517–S519;
- Martins, M. M. (2012). Enfermagem e Família: concepções dos enfermeiros em unidades de internamento. In *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família* (pp. 44–54). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto;
- Medicine, E. S. of I. C. (n.d.). N. Retrieved from <http://www.esicm.org/>;
- Meleis, A. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Rang Theory. *Advanced Nursing Science*, 23(3), 12–28;
- Meleis, A., & Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42(6), 255–259;
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory*. New York: Spring Publishing Company, LLC;
- Mendes, A. (2015). *A informação à família na Unidade Cuidados Intensivos - Desalojar o Desassossego que vive em si*. Loures: Lusodidacta;
- Mendes, A. P. (2016). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica: Subsídio para a construção do pensamento em enfermagem. *Educare*, 20(1);
- Mendonça, M. (2009). Serviço de Controlo de Infeções Hospitalares na Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica. *Prática Hospitalar*, 66;
- Merskey, H., & Bogduk, N. (Eds.). (1994). Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage. In *Classification of Chronic Pain* (pp. 209–214). Seattle: IASP Press;
- Ministério da Saúde. Despacho Normativo nº11/2002. Diário da República;
- Ministério da Saúde. Despacho nº727/2007 Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência. Diário da República;
- Ministério da Saúde. Despacho nº18459/2006. Diário da República;
- Ministério da Saúde, Despacho nº10319/2014 (2014). Diário da República;
- Miranda, G. L. (2008). O método de projeto;

- Neves, M. C., & Pacheco, S. (2004). *Para uma Ética da enfermagem*. Coimbra: Gráfica de Coimbra;
- Oliveira, M. S., Meira, L., Valente, M., Catarino, R., Cunha, S., Brito, B., & Borges, B. (2012). *Situação de Exceção*. Lisboa: INEM;
- OMS. (2012). Traumas matam mais que as três grandes endemias: malária, tuberculose e AIDS. Retrieved July 8, 2015, from [http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2989:traumas-matam-mais-que-as-tres-grandes-endemias-malaria-tuberculose-aids&Itemid=839](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=2989:traumas-matam-mais-que-as-tres-grandes-endemias-malaria-tuberculose-aids&Itemid=839);
- Ordem dos Enfermeiros. Orientações relativas às atribuições do Enfermeiro no Pré-hospitalr, Pub. L. No. EP01/07 (2007);
- Ordem dos Enfermeiros. (n.d.). Competências dos Enfermeiros de cuidados gerais. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa;
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor - Guia Orientador de Boa Prática*. Ordem dos Enfermeiros;
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). Sistema de Informação de Enfermagem (SIE) Princípios básicos da arquitectura e principais requisitos técnico - funcionais. Ordem dos Enfermeiros;
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Enfermagem Humanitária Que competências? Que futuro?* Porto: Ordem dos Enfermeiros;
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Familiar (2011). Portugal;
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador da Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*;
- Ordem dos Enfermeiros. Código Deontológico (2009). Ordem dos Enfermeiros;
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Modelo de Desenvolvimento Profissional: documental de operacionalização de competências e

- programas formativos. Progressividade e etapas. In *Caderno Temático* 4. Ordem dos Enfermeiros;
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem* (Versão 2.);
  - Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, Ordem dos Enfermeiros 1–10 (2010). Retrieved from [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf);
  - Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor - Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
  - Ordem dos Médicos. (2009). *Normas de Boa Prática em Trauma*. Ordem dos Médicos;
  - Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de Doentes Críticos - Recomendações*. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos. Retrieved from [http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764\\_miolo.pdf](http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf);
  - Organização Mundial da Saúde. (1994). Família como sistema;
  - Paiva, L., Rossi, L., Costa, M., & Dantas, R. (2010). Experiência do paciente politraumatizado e suas suas consequências. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(6), 1–8;
  - Pardavila Belio, M., & Vivar, C. (2011). Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. *Enfermería Intensiva*, 23(2), 51–67;
  - Penedo, J., Ribeiro, A., Lopes, H., Pimentel, J., Pedrosa, J., Vasconcelos e Sá, R., & Moreno, R. (2013). Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos. Ministério da Saúde;
  - Pereira, M., Souza, A., Tipple, A., & Prado, M. (2005). A infecção hospitalar e suas implicações para o cuidar de enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14(2), 250–270;
  - Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência;

- Pina, E. (2004). *Recomendações para Prevenção Infeção Respiratória em Doente Ventilado*. Ministério da Saúde - Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Lisboa;
- Pina, E. (2010). Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde e Segurança do Doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 27–39;
- Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, Pub. L. No. 124/2011 (2011). Diário da República;
- Regulamento Interno do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE. (2007);
- Rodrigues, L. (2013). *A família Parceira no Cuidar: Intervenção do Enfermeiro*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra;
- Rogers, A. C. (1997). Vulnerability, health and health care. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 65–72;
- Rogers, F., & Rittenhouse, K. (2014). The Golden Hour in Trauma: Dogma or Medical Folklore? *The Journal of Lancaster General Hospital*, 9(1);
- Saloojee, H., & Steenhoff, A. (2001). The health professional's role in preventing nosocomial infections. *Postgraduate Medicine Journal*, 77, 16–19;
- Saúde, D. G. (2014). Abordagem da Transfusão Maciça. Norma nº 011/2013 de 30/07/2013 atualizada a 28/10/2014;
- Shehabi, Y. (2015). Goals of goal-directed sedation. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 27(1);
- Silva, A., Martins, A., Nunes, F., Cunha, J., Silva, J., Carvalho, I., ... Viera, R. (2014). *Trauma, Manual da Reanima do Curso de Abordagem Integrada do Traumatizado para Enfermeiros (CAIT)*. (Reanima, Ed.);
- Silva, I., & Miranda, G. (1990). Projeto Alcácer. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian;
- Simões, L., & Gonçalves, R. (2012). Prevenção e Controlo da Infeção da Corrente Sanguínea. In *Terapia Intravenosa* (pp. 267–275). São Paulo: Martinari;

- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, & Ordem dos Médicos. (2008). *Transporte de Doentes Críticos Recomendações* (3<sup>a</sup> ed.). Lisboa: SPCI;
- Society, A. T. (2011). Trauma facts. Retrieved from <http://www.amtrauma.org/injury-prevention-programs/trauma-facts/index.aspx>;
- Soreide, K. (2009). Epidemiology of major trauma. *British Journal of Surgery*, 96(7), 697–698;
- Stanhope, M. (1999). *Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. Lisboa: Lusodidacta;
- Thelan, L. A., & Davie, J. K. (1994). *Enfermagem em cuidados intensivos - Diagnóstico e Intervenção*. Lisboa: Lusodidacta;
- Thorsen, K., Ringdal, K., Strand, K., Soreide, E., Hagemo, J., & Soreide, K. (1998). Clinical and cellular effects of hypothermia, acidosis and coagulopathy in major injury. *British Journal of Surgery*, 98(7), 894–907;
- Torres, M., & Reis, B. (2002). O papel do enfermeiro na triagem dos utentes no Serviço de Urgência. *Revista Sinais Vitais*, 40, 29–32;
- Trunkey, D. D. (1983). Trauma. *Scientific American*, 249(2), 28–35. doi:10.1038;
- Tsuei, B., & Kearney, P. (2004). Hypothermia in the trauma patient. *Injury*, 35(1), 7–15;
- Watson, J. (1988). *Nursing: human science and human care. A theory of nursing*. New York: National League for Nursing;
- WHO. (2013). *Health 2020: A European Policy Framework and Strategy for the 21st century*. Copenhagen;
- Zagonel, I. P. S. (1999). O cuidado humano transacional na trajetória de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 7(3), 25–32.



## **APÊNDICES E ANEXOS**





## **APÊNDICE I**

### **CRONOGRAMA DO 3º SEMESTRE**



5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM: ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

ANOS		2015														2016													
MESES		set.		outubro			novembro				dezembro			janeiro				fevereiro											
DIAS		28	5	12	19	26	2	9	16	23	30	7	14	18	4	11	18	25	1	8	15	22	29						
		2	9	16	23	30	6	13	20	27	4*	11	17	3	8	15	22	29	5	12	19	26	4						
Pessoa em Situação Crítica	Estágio com Relatório	F E R I A S N A T A A L																											

\* 5 de dezembro - Dia da ESEL

Urgência Geral do

UICIP do

Elaboração e Apresentação do Relatório

Introdução ao 3º Semestre



**APÊNDICE II**  
**OBJETIVOS E ATIVIDADES DOS CAMPOS DE ESTÁGIO**



## **OBJETIVOS, ATIVIDADES PROPOSTAS E INDICADORES DE RESULTADO**

### **Finalidade**

- Desenvolver competências específicas que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa politraumatizada e sua família, no contexto de cuidados críticos.

**Objetivo 1:** Mobilizar conhecimentos e competências múltiplas, para responder com qualidade, em tempo útil e de forma humanizada às necessidades da pessoa politraumatizada e sua família.

### **Atividades/Estratégias:**

- Reunião e visita guiada com o Enfermeiro-chefe/Enfermeiro Orientador, no sentido de conhecer a instituição/serviço;
- Consulta de normas, procedimentos, protocolos, regulamentos e modelos em uso na instituição/serviço;
- Observação do funcionamento e organização do serviço, nomeadamente: conhecer o circuito de atendimento do doente e sua família, metodologia de trabalho da equipa de enfermagem, processo de articulação com outros serviços ou instituições;
- Identificação e localização do equipamento clínico existente no serviço, tendo especial atenção ao equipamento de emergência e reanimação;
- Pesquisa bibliográfica e em bases de dados, com seleção e consulta da evidência científica de melhor qualidade e mais atualizada;
- Conhecimento da equipa de enfermagem e da equipa interdisciplinar;
- Participar com a equipa de enfermagem e equipa interdisciplinar na prestação de cuidados, de forma a compreender e integrar a sua dinâmica;
- Identificação das necessidades e planeamento de cuidados de enfermagem individualizados e personalizados à pessoa

politraumatizada e sua família;

- Avaliação das necessidades da pessoa politraumatizada e da sua família, de forma a reformular o plano de cuidados;
- Elaboração de registos de enfermagem que permitam dar continuidade aos cuidados prestados e a integração na equipa de enfermagem;
- Disponibilidade para novas situações de aprendizagem e desenvolvimento de competências, que permitam aumentar a capacidade de reação adequada a situações imprevistas e complexas, participando com a equipa de enfermagem na prestação de cuidados em situações de emergência;
- Gestão da administração de protocolos terapêuticos complexos;
- Reflexão crítica sobre as intervenções de enfermagem implementadas e sobre as funções do enfermeiro especialista, no sentido de enriquecer o processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências e da melhoria da qualidade da prestação de cuidados;
- Identificação das necessidades da família, com a equipa de enfermagem;
- Avaliação das necessidades da família, de forma a desenvolver o processo de enfermagem;
- Elaboração de uma proposta de protocolo de acolhimento à família;
- Realização de uma proposta de folheto a integrar durante o acolhimento à família;
- Realização de acolhimento à família, no âmbito da prestação individualizada de cuidados;
- Identificação, contextual, de atividades, que visem a família como parceiro de cuidados.



**Objetivo 2:** Implementar intervenções terapêuticas de enfermagem para prevenção e controlo de lesão secundária e infeção na pessoa politraumatizada.

**Atividades/Estratégias:**

- Consulta de normas, procedimentos, protocolos, regulamentos e modelos em uso na instituição/serviço sobre prevenção e controlo de infeção;
- Reunião com responsável pela prevenção e controle de infeção, no serviço;
- Pesquisa bibliográfica e em bases de dados, com seleção e consulta da evidência científica de melhor qualidade e mais atualizada;
- Organização dos resultados da evidência científica e apresentação de resultados;
- Organização de sessão de formação, sobre intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes adequadas à prevenção da lesão secundária;
- Participação em congressos onde o tema emerge, aplicado ao contexto de cuidados críticos.

**Objetivo 3:** Implementar intervenções terapêuticas de enfermagem de forma a gerir a dor e garantir o bem-estar da pessoa politraumatizada e sua família.

**Atividades/Estratégias:**

- Identificação e análise crítica das diretrizes da DGS no âmbito da dor;
- Identificação de protocolos terapêuticos existentes;
- Avaliação da dor da pessoa doente, mediante utilização da escala da dor selecionada pelo serviço, para este efeito;
- Identificação de evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar;
- Implementação de medidas farmacológicas e não farmacológicas de combate à dor;

- Consideração do impacto da percepção de dor vivenciada pela pessoa, no contexto da família;
- Definição das condições que possibilitam a participação da família nos cuidados, no sentido de subsidiar o bem-estar da pessoa e da família.

**Objetivo 4:** Desenvolver competências de comunicação interpessoal, substanciando a relação terapêutica com a pessoa e família face à situação de transição saúde-doença e situacional.

**Atividades/Estratégias:**

- Pesquisa de evidência científica atualizada sobre técnicas de comunicação interpessoal;
- Aplicação das técnicas de comunicação interpessoal, para o estabelecimento da relação de ajuda;
- Elaboração de reflexão crítica sobre as técnicas de comunicação interpessoal aplicadas, tendo em conta a percepção da eficácia destas, do ponto de vista da família.

**Objetivo 5:** Capacitar a família, para a assunção da função de parceiro de cuidados, no processo de transição saúde-doença, da pessoa politraumatizada.

**Atividades/Estratégias:**

- Realização de acolhimento à família;
- Aplicação do modelo de Avaliação e Intervenção de Calgary à família;
- Aplicação do Modelo de *Sensemaking* Facilitado à família;
- Avaliação das necessidades da família para integração desta no planeamento de cuidados;
- Identificação, contextual e em parceria com a família de atividades, que a visem como parceiro de cuidados.

**Objetivo 6:** Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação.

**Atividades/Estratégias:**

- Consulta do Plano de Emergência da instituição e do serviço;
- Organização de sessão de formação sobre situações de catástrofe que possam ocorrer e a aplicação do Plano de Emergência;
- Participação em congressos ou eventos sobre o tema.



### **APÊNDICE III**

#### **JORNAL DE APRENDIZAGEM I**



## **Unidade Curricular Estágio**

### **Jornal de Aprendizagem**

A prática reflexiva constitui-se como um importante meio de capacitação dos estudantes e profissionais de enfermagem na aquisição de um profundo conhecimento dos seus saberes e das suas práticas, sendo que para Zeichner (1993) é uma potencial situação de aprendizagem, pois permite que através desta, o sujeito se torne "sabedor" daquilo que faz e de como o faz. Segundo Sá-Chaves (2000), não é a prática que ensina, mas sim a reflexão sobre ela. A pessoa que reflete procura evidência para apoiar o novo modo de pensar e apela à racionalidade para o fazer, aumentando a capacidade de aprender a partir da prática, o que permite que o conhecimento e a experiência sejam fundamentados e sustentados por essa mesma prática. Para isso, Santos (2003) afirma que é necessário que o processo de análise e exploração das diferentes situações presentes na prática clínica gere e clarifique, no sujeito (estudante ou profissional), uma perspetiva conceptual dos cuidados que pratica.

Perrenoud (2002) acrescenta que para se extrapolar uma intervenção reflexiva baseada no sentido comum e na inteligência profissional, é preciso passar para uma forma mais estruturada de análise das práticas e dos *habitus*, assim como de análise das competências presentes em toda a atividade. O jornal de aprendizagem sendo estruturado e elaborado de acordo com o Ciclo Reflexivo de Gibbs, constitui-se, desta forma, como um instrumento essencial para a prática reflexiva e portanto para a aprendizagem e desenvolvimento, de e para o exercício profissional de qualidade.

Neste contexto, o exercício clínico em estágio no Serviço de Urgência , sempre sob supervisão clínica e orientação da , tem sido uma fonte inesgotável de aprendizagens em contexto prático

mais específico na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e sua família, tendo em conta a sua definição alargada.

A Ordem dos Enfermeiros define pessoa em situação crítica como "a pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, que exige observação, colheita e procura contínua de alterações, deteção precoce, monitorização e avaliação, com o objetivo de manter funções vitais e evitar complicações, com vista à sua recuperação total" (OE, 2010, p.2). Amplamente enquadrada nesta definição, a pessoa politraumatizada, como (a quem prestei cuidados na sala de reanimação 1), vítima de

atropelamento por uma empilhadora, incorre num síndrome decorrente de lesões múltiplas, com reações sistémicas sequenciais que podem levar á falha ou disfunção de órgãos ou sistemas vitais não diretamente lesados pelo trauma, sendo responsabilidade do Enfermeiro que presta cuidados, a priorização de intervenções tendo sempre em vista este objetivo. Sendo que o

dá entrada na sala de reanimação consciente, com um Glasgow Coma Score de 15, orientado no tempo, espaço e pessoa, mas com parâmetros vitais compatíveis com choque hipovolémico, hipotermia e dor intensa, motivados por TCE, trauma abdominal, fractura fechada no membro superior direito, fractura aberta no membro inferior direito com grave compromisso neurocirculatório e grande esfacelo do membro inferior esquerdo, com hemorragia exsanguinante, a minha priorização foi estabelecida em trabalho de equipa e de acordo com as *guidelines* ATLS: A) participando na manutenção da via aérea - EOT, com necessária sedação; B) da manutenção da frequência e padrão respiratório; C) do controlo da hemorragia externa e do estabelecimento de pelo menos mais um acesso venoso de grande calibre, com administração de fluidoterapia cristalóide, sangue e associação de terapêutica antibiótica de largo espectro; D) avaliação neurológica completa, com GCS e avaliação da dor e glicémia e E) exposição e controlo da hipotermia (para prevenção de coagulopatia associada) com administração de fluidos aquecidos e aquecimento externo.

Fazendo uma reflexão cuidada sobre as intervenções autónomas e interdependentes de enfermagem implementadas e visto o ter TCE, mas estar consciente e com um GSC de 15, a EOT, na priorização de intervenções podia ser facilmente discutível por possível aumento da PIC. Mas



da função dos enfermeiros em conjunto com a equipa multidisciplinar, faz parte também a avaliação em contexto, de cada situação em particular, balanceando as consequências positivas e negativas de cada opção terapêutica ou intervenção, junto da pessoa doente. Apesar de administrada morfina em bólus, neste caso o                    manteve-se com um nível de dor severa (8-10) segundo a *Pain Rating Scale* de Mosby e em grande sofrimento físico, psicológico e emocional que comprometia gravemente o padrão respiratório, influenciando a quantidade de CO<sub>2</sub> cerebral, com consequente aumento da PIC, agravamento do choque e possível lesão secundária, beneficiando largamente com a sedação implementada. Mais uma vez, a abordagem sistemática é imprescindível e incontornável, mas carece de uma avaliação em contexto e na defesa dos direitos e do conforto da pessoa doente nunca dissociada da implementação do Código Deontológico dos Enfermeiros (2009), nomeadamente do artigo 78º dos Princípios Gerais ponto 2 alínea b) a liberdade responsável, com a capacidade de escolha tendo em atenção o bem comum, alínea e) a competência e o aperfeiçoamento profissional, ponto 3 alínea c) a excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais, do artigo 82º Dos direitos à vida e à qualidade de vida, alínea a) atribuindo à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias e principalmente do **artigo 88º Da excelência do exercício, alínea b) na procura da adequação das normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa.**

No contexto da problemática apresentada e no caminho para uma integração cada vez maior no paradigma da transformação, que perspetiva a pessoa como um ser único maior do que a soma das suas partes, com múltiplas dimensões e indissociável do seu ambiente/universo, intervir significa "ser com" a pessoa, acompanhando-a nas suas experiências de saúde, tendo a família neste ponto um papel fulcral enquanto elemento deste universo. Após estabilização do Sr. N. na sala de reanimação e transporte e acompanhamento do mesmo até ao serviço de imagiologia para realização de TAC de corpo inteiro, seguiu-se a intervenção de enfermagem junto da família que já se encontrava no serviço de urgência, tendo sido este um momento muito marcante. O internamento de um membro da família, em contexto hospitalar e mais especificamente em contexto de cuidados críticos tem particularidades

que afetam toda a família enquanto sistema, ocasionando a experiência de múltiplos fatores de stress tais como o ambiente hospitalar, a equipa de saúde, a linguagem técnica, que aliados à separação física do doente, causam sentimentos de medo, irritação e culpa, segundo Hanson *et al* (2005), devendo ser a intervenção de enfermagem insidiosa nestes aspetos.

Para manutenção da privacidade, junto com a enfermeira chefe de equipa, acompanhámos a família até à sala de acolhimento destinada para este efeito no serviço e a primeira abordagem foi realmente "brutal" do ponto de vista emocional, enquanto profissional, apesar de consciente de todos os aspetos referidos nos parágrafos anteriores e de toda a preparação do ponto de vista teórico, daí a riqueza da experiência em contexto clínico. Cada família e cada elemento da mesma tem a sua reação e os seus "*timings*" próprios e muitas vezes com características imprevisíveis. No respeito pela sua manifestação de dor e tentando compreender do ponto de vista não-verbal, segundo Meleis (2010) o processo de transição situacional, que os diferentes elementos da família atravessavam, dei espaço até perceber sinais de que estavam preparados e autorizavam a minha intervenção. Neste "espaço" e neste "tempo" percebi que nem sempre estou emocionalmente preparada para as suas características. Inicialmente poderia estar preparada para aquilo que poderia encontrar na avaliação das necessidades e na intervenção, mas a reação emocional intensa que aquela família viveu e o tempo a que estive exposta à mesma, percebi depois, que condicionaram um sentimento de "limitação" e retração da minha parte, deixando a abordagem inicial com a enfermeira chefe de equipa. Após este impacto inicial consegui uma intervenção de enfermagem à família, mais sistematizada, passando essencialmente pela satisfação das necessidades de apoio e informação à mesma sobre a prestação de cuidados de enfermagem ao e depois perscrutando e intervindo junto das restantes necessidades percebidas e validadas, como o conforto. Desta forma, ao incluir a família no planeamento de cuidados, através de um maior conhecimento deste sistema, existe maior aptidão à prestação de cuidados mais personalizados e mais próximos das reais necessidades de todos os componentes do mesmo, atuando sobre o limiar de vulnerabilidade física, psicológica e emocional através do *empowerment*. Não basta apenas planear e intervir, é necessária a avaliação

de *outcomes* e segundo Meleis (2010) para a avaliação da eficiência das intervenções terapêuticas, devemos basear-nos nos padrões de resposta familiares, através da avaliação de indicadores de processo como o sentir e estar ligado, a interação, estar situado e o desenvolvimento de confiança. Neste campo percebi, claramente que a desmistificação da linguagem técnica e da compreensão da própria reação emocional familiar, com adequação das expectativas da mesma, foram fulcrais. Já no que concerne aos indicadores de resultado preconizados por Meleis (2010) e apesar da consciência da essencial qualidade de intervenção no momento "agudo", gostaria de ter podido realizar a avaliação mais a jusante os resultados das minhas intervenções de enfermagem com a família, havendo uma reformulação do plano de cuidados de acordo com a mesma e uma intervenção mais prolongada no tempo.

O ser humano tem características de vulnerabilidade próprias e enquanto profissionais, não estamos dissociados destas, somos um todo e em todos os momentos da nossa vida somos enfermeiros. A avaliação, no trajeto para casa, da forma como este episódio me afectou como pessoa, levou-me a perceber que para intervir junto da família existe uma necessidade mais premente de conhecimento próprio das nossas limitações pessoais. Só assim poderemos agir sobre elas. Teria sido importante, fazer um *debriefing* com a enfermeira chefe de equipa que me acompanhou na intervenção e com a minha enfermeira orientadora, mas no próprio dia, para que fossem clarificados todos os aspetos. Para que os enfermeiros que me acompanham, me possam ajudar neste caminho, preciso também claramente de ir reconhecendo, no momento, as minhas necessidades e de me ir conhecendo neste processo, fazendo esta reflexão parte do mesmo. Tal como quando nos estamos a preparar para ser enfermeiros durante a licenciatura, nos é exigida uma maturidade profissional e pessoal para saber-ser, neste patamar a intervenção com a família exige um novo "salto" para uma maior maturidade pessoal e para uma maior maturidade profissional.

*Concluindo, o diálogo, a reflexão e o questionamento relevam e surgem como chave de aprendizagem da organização aprendente, pela possibilidade de se compreender as relações entre as circunstâncias, as ações e as consequências, incorporando neste sentido a noção de processo estratégico de desenvolvimento, no qual as interações resultantes das ações da prática*

*promovem o desenvolvimento das pessoas, das estratégias, das atividades e dos recursos de aprendizagem (Neto et al, 2015, p.19).*

### **Referências bibliográficas**

- Enfermeiros, O. dos. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica (2010). Portugal;
- Enfermeiros, O. dos. Código Deontológico (2009). Ordem dos Enfermeiros;
- Hanson, S., Gedaly-Duff, & Kaakinen, J. (2005). *Family Health Care Nursing: theory, practice and research* (3 ed.). Philadelphia: F. A. Davis;
- Neto, M., Candeias, I., & Costa, A. (2015). Supervisão, e Compromisso com a Reflexão e o Processo Estratégico de Desenvolvimento. *Revista Lusófona de Educação*, 29, 183–197;
- Perrenoud, P. (2002). *A prática reflexiva no ofício de professor: profissionalização e razão pedagógica*. Porto Alegre: Artmed Editora;
- Sá-chaves, I. (2000). *Formação, conhecimento e supervisão. Contributos nas áreas da formação de professores e de outros profissionais*. Aveiro: Universidade de Aveiro;
- Santos, E. (2003). Pensamento crítico: estratégias de desenvolvimento no ensino da enfermagem pediátrica. *Referência*, 10, 17–23;
- Zeichner, K. (1993). *A formação reflexiva de professores*. Lisboa: EDUCA.

## **APÊNDICE IV**

DOCUMENTO DE SUPORTE ESCRITO À FAMÍLIA, EM SU



## Serviço de Observação (SO)

- O seu familiar está aqui porque necessita de cuidados e vigilância permanente, tendo como objetivo o rápido restabelecimento do seu estado de saúde;
- Poderá deparar-se com equipamento complexo em seu redor, mas que é essencial para a prestação de cuidados de qualidade ao mesmo. Além da informação que lhe será transmitida, sempre que tiver necessidade, recorra ao enfermeiro responsável pela prestação de cuidados ao seu familiar.



### Recomendações

- Para a sua segurança e do seu familiar... desinfete sempre as suas mãos, antes e depois do contacto com o mesmo;
- Não traga nenhum alimento, bebida ou flores. A alimentação, nomeadamente, é prescrita de acordo com as necessidades e situação clínica do seu familiar.

## Horário das visitas

11h e 18h

- É permitida a entrada de um familiar de cada vez, se a situação clínica do seu familiar o permitir;

Reconhece-se de acordo com o artigo 15º da Lei nº15/2014, dos direitos e deveres do acompanhante, que:

O acompanhante tem direito a ser informado adequadamente e em tempo razoável sobre a situação da pessoa doente, nas diferentes fases do atendimento, com as seguintes exceções:

- a) Indicação expressa em contrário do doente;
  - b) Matéria reservada por segredo clínico.
- Desta forma, não poderão ser transmitidas informações específicas sobre a situação clínica do seu familiar, por via telefónica.

**A sua presença poderá ser imprescindível à recuperação do seu familiar!**

**A equipa de Enfermagem está disponível para perceber o que o inquieta e responder às suas necessidades. Solicite a presença efetiva do enfermeiro, este procurará responder em conformidade.**

**Contactos:**



## Guia de acolhimento ao acompanhante da pessoa doente no Serviço de Urgência



## Direito de acompanhamento do utente nas urgências

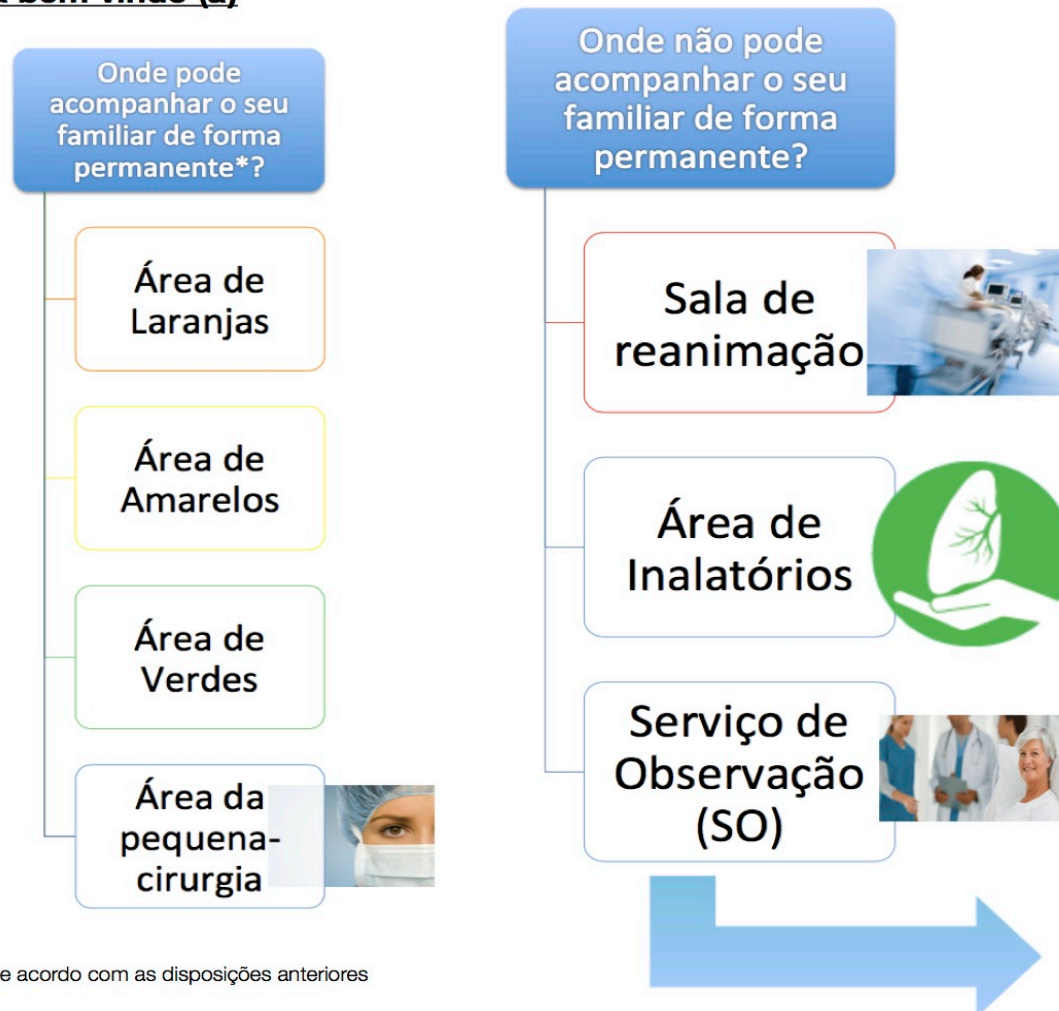
Todos os cidadãos que sejam admitidos num serviço de urgência do Serviço Nacional de Saúde (SNS) têm reconhecido o direito de acompanhamento por uma pessoa por si indicada, sendo que o cidadão deve ser informado desse direito durante a admissão.

### Limites ao direito de acompanhamento:

- Não é permitido acompanhar ou assistir a intervenções cirúrgicas e outros exames ou tratamentos que, pela sua natureza, possam ver a sua eficácia e correção prejudicadas pela presença do acompanhante, exceto se para tal for dada autorização expressa pelo clínico responsável;
- O acompanhamento não pode comprometer as condições e requisitos técnicos a que deve obedecer a prestação de cuidados para que estes sejam eficazes.

(Lei nº15/2014. DR nº57, Série I de 2014-03-21)

## Seja bem vindo (a)



\* De acordo com as disposições anteriores



**APÊNDICE V**

RESUMO PARA SUBMISSÃO DO POSTER

3º ENCONTRO DE ENFERMAGEM DE EMERGÊNCIA

1º ENCONTRO DE ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM

ENFERMAGEM EM PSC



### **3º ENCONTRO de ENFERMAGEM EMERGÊNCIA**

### **1º ENCONTRO de ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

**Título:** A FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO DE DOENÇA CRÍTICA: NECESSIDADES E INTERVENÇÃO TERAPEUTICA DE ENFERMAGEM

**Autores:**

Catarina Barroso <sup>(1)</sup>; Cristina Nunes <sup>(1)</sup>; Isabel Pinto <sup>(1)</sup>; Anabela Mendes <sup>(2)</sup>

(1) RN, MNSc Student Pessoa em Situação Crítica ESEL

(2) PhD, MNSc, RN, Prof. Adjunta ESEL

**Introdução:** A intervenção terapêutica de enfermagem na família da pessoa em situação de doença crítica deve ser sistemática, considerando: os sentimentos de medo, insegurança e revolta; a vulnerabilidade face ao diagnóstico e prognóstico; e a percepção de incapacidade para auxiliar ou resolver o processo de transição experienciado.

**Objetivos:**

- Garantir a efetividade da intervenção terapêutica de enfermagem face às necessidades da família da pessoa em situação de doença crítica.
- Assumir um papel facilitador nos processos de transição saúde-doença e situacional em curso.

**Palavras chave:** Family, Critical patient, Needs, Nursing

**Metodologia:** Revisão da literatura estruturada, que contextualizou três situações de doença crítica experienciadas pela família: [A] o politraumatismo, [B] o grande queimado, [C] o período peri-operatório. Definiram-se descritores de pesquisa, [A] nursing; polytrauma or multiple trauma; family; [B] family; caregivers; burns; nursing care; needs assessment; critical ill patient; burns units; [C] nursing; family; needs; critical patient; perioperative period. A pesquisa foi realizada na plataforma EBSCO, nas bases de dados CINAHL e MEDLINE. A teoria das transições de Afaf Meleis (2000) subsidiou o

entendimento do processo de transição experienciado e a definição/delimitação da intervenção terapêutica de enfermagem.

**Desenvolvimento:** A família, da qual a pessoa é pertença, vivencia uma situação de crise, rotura, transição ou conflito, considerando os autores analisados (Kaakinen, 2010; Davidson, 2009; Soares, 2013). Constata-se que se soma à situação de doença o registo de doença crítica, que revela uma possibilidade de não regresso, quebra do sistema e vínculos familiares; comprometimento de papéis e necessidade de (r)estruturação do quotidiano. Assim, o cuidar não se limita à pessoa enquanto doente, mas deve-se sim, alargar a toda a família que procura promover o equilíbrio após o surgimento da situação crítica.

Submeteu-se os resultados de cada uma das pesquisas ao “olhar” da teoria das transições e percebeu-se que os enfermeiros, no contexto, podem fazer a diferença pela positiva, se considerarem na definição dos diagnósticos e no planeamento de intervenções de enfermagem as necessidades específicas, das pessoas e das famílias com quem interagem.

**Conclusão** – As reações ou potenciais reações às situações de doença crítica, solicitam ao enfermeiro uma resposta efetiva, coerente e inclusiva às necessidades, não só da pessoa doente, mas também da família, tendo em atenção todos os aspetos que a rodeiam. Devem os enfermeiros traduzir pela escrita e pelo discurso os diagnósticos e intervenções construídas e realizadas com a família (Mendes, 2015). Os resultados conseguidos devem ser considerados e monitorizados, nos indicadores de processo e de resultado, de acordo com Meleis.

## **Referências bibliográficas**

- Davidson, J. E. (2009). Family-Centered Care: Meeting the Needs of Patients' Families and Helping Families Adapt to Critical Illness. *Critical Care Nurse*, 29(3), 28–34

- Kaakinen, J., Gedaly-Duff, V., Coelhos, D., & Hanson, S. (2010). *Family health care nursing. Theory, practice and research* (4 ed.). Philadelphia: F. A. Davis

Mendes, A. (2015). *A informação à família na unidade de cuidados intensivos: Desalojar o desassossego que vive em si*. Lisboa: Lusodidacta.

Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

**Nome completo, morada, contacto telefónico e correio electrónico de pelo menos um autor**

Catarina Alexandra de Oliveira Barroso

Morada: Rua das Violetas, lote 1 - 1º A Rinchoa

2635-344 Rio-de-Mouro

Contacto telefónico: 918 500 115

Correio electrónico: catarina0000@hotmail.com

Nomes completos dos autores:

Catarina Alexandra de Oliveira Barroso

Cristina Isabel de Almeida Nunes

Isabel Catarina Pedroso Pinto

Anabela da Graça Amaro Pereira Mendes

O resultado poderá ser comunicado para:

Catarina Alexandra de Oliveira Barroso



## **APÊNDICE VI**

### **POSTER**

**3º ENCONTRO DE ENFERMAGEM DE EMERGÊNCIA  
1º ENCONTRO DE ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM  
ENFERMAGEM EM PSC**







### 3º EEE | 1º ENCONTRO DE ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM EM PSC



## A FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO DE DOENÇA CRÍTICA: NECESSIDADES E INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA DE ENFERMAGEM

Catarina Barroso <sup>(1)</sup>; Cristina Nunes <sup>(1)</sup>; Isabel Pinto <sup>(1)</sup>; Anabela Mendes <sup>(2)</sup>

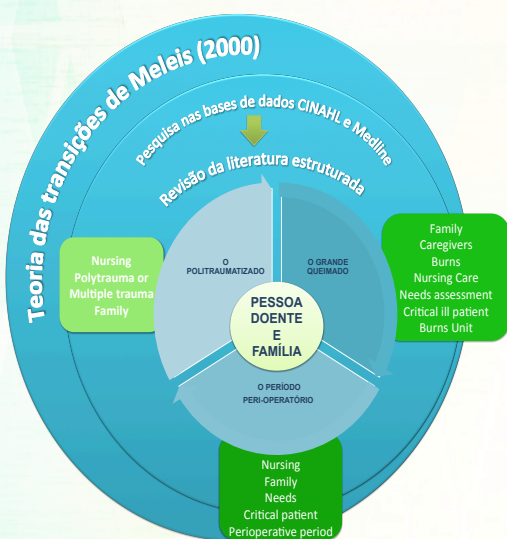
(1) RN, MNsc Student Pessoa em Situação Crítica ESEL (2) PhD, MNsc, RN, Prof. Adjunta ESEL

#### Introdução

A intervenção terapêutica de enfermagem na família da pessoa em situação de doença crítica deve ser sistemática, considerando: os sentimentos de medo, insegurança e revolta; a vulnerabilidade face ao diagnóstico e prognóstico; e a percepção de incapacidade para auxiliar ou resolver o processo de transição experienciado.

#### Objetivos

- Garantir a efetividade da intervenção terapêutica de enfermagem face às necessidades da família da pessoa em situação de doença crítica;
- Assumir um papel facilitador nos processos de transição saúde-doença e situacional em curso.



Os enfermeiros, no contexto, podem fazer a diferença pela positiva, se considerarem na definição dos diagnósticos e no planeamento de intervenções de enfermagem as necessidades específicas, das pessoas com quem interagem (Meleis, 2000).

Os cuidados devem ter por base as modificações que ocorrem nas estruturas dos seres humanos e de que forma essas mesmas afetam a sua individualidade (Mezzaroba, Freitas & Kochia, 2009).

O cuidar não se limita à pessoa enquanto doente, mas deve-se sim, alargar a toda a família que procura promover o equilíbrio após o surgimento da situação crítica.

Devem os enfermeiros traduzir pela escrita e pelo discurso os diagnósticos e intervenções contínuas e realizadas com a família (Mendes, 2015).

Os resultados devem ser considerados e monitorizados, nos indicadores de processo e de resultado (Meleis, 2000).

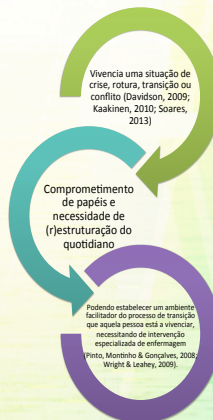
#### Conclusões



Possibilidade de não regresso

Família

- Da qual a pessoa é pertença
- Vivencia quebra do sistema e dos vínculos
- Pode ser catalisadora no processo terapêutico



Categorização das necessidades



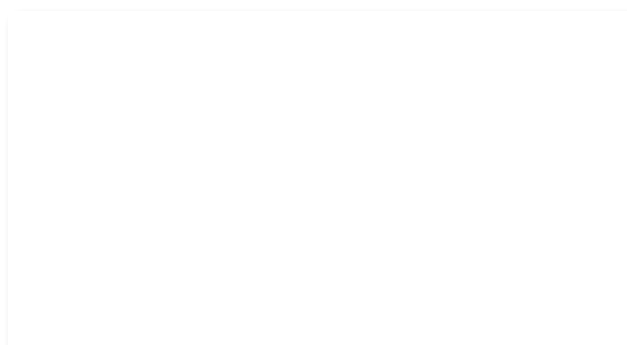
#### Referências bibliográficas

- Davidson, J. E. (2009). Family-Centered Care: Meeting the Needs of Patients' Families and Helping Families Adapt to Critical Illness. *Critical Care Nurse*, 29(3), 28-34.
- Kaakinen, J., Gedaly-Duff, V., Coelho, D., & Hanson, S. (2010). *Family health care nursing. Theory, practice and research* (4 ed.). Philadelphia: F. A. Davis.
- Mendes, A. (2015). A informação à família na unidade de cuidados intensivos: Desalojar o desassossego que vive em si. Lisboa: Lusodidacta.
- Meleis, I., Sawyer, M., Im, O., Messias, H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- Mezzaroba, R., Freitas, M., & Kochia, A. (2009). O cuidado de Enfermagem ao paciente crítico na percepção da família. *Cogitare Enfermagem*, 14(3), 499-505.
- Pinto, J. M., Miguel, L., Montinho, S., Ricardo, P., & Gonçalves, C. (2008). O Doente Queimado e a Dinâmica Familiar: O Impacto da Doença na Família Disease in the Family, 69-76.
- Soares, E. (2013). Os familiares e o processo de internamento de um membro da família no hospital: vivenciar uma transição. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. (Dissertação de mestrado). Porto.
- Wright, L.M., Leahy, M. (2009). *Enfermeiros e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família* (4a ed.). São Paulo: Roca.



**APÊNDICE VII**  
**PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO**





### **Plano de Sessão de Formação**

- **Sessão de formação** - Cuidados de Enfermagem à pessoa com hipertermia maligna;
- **Data de realização** - 10 de Fevereiro de 2016 às 14h30;
- **Local** - Unidade de Cuidados Intensivos
- **Destinatários** - Enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos
- **Duração** - 40 minutos (20 minutos para apresentação, 10 minutos para discussão e 10 minutos para avaliação da sessão);
- **Formador** - Enfermeira Catarina Barroso;
- **Âmbito** - 5º Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica;

<b>Finalidade</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Desenvolver conhecimentos sobre os cuidados de Enfermagem especializados à pessoa com hipertermia maligna;</li></ul>
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Conhecer a etiologia e epidemiologia;</li><li>• Compreender o processo fisiopatológico;</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer sinais e sintomas;</li> <li>• Desenvolver conhecimentos sobre a prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa com hipertermia maligna;</li> <li>• Desenvolver conhecimentos sobre a prevenção da hipertermia maligna;</li> </ul>
<b>Conteúdos programáticos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etiologia;</li> <li>• Epidemiologia;</li> <li>• Fisiopatologia;</li> <li>• Apresentação Clínica - sinais precoces e sinais tardios;</li> <li>• Diagnóstico;</li> <li>• Malignant Hyperthermia Graduate Clinical Scale;</li> <li>• Formulação dos Diagnósticos de Enfermagem (NANDA), definição de resultados (NOC) e identificação das intervenções de Enfermagem (NIC);</li> <li>• Monitorização da temperatura central;</li> <li>• Modulação da temperatura;</li> <li>• Controlo do efeito "shivering";</li> <li>• Cuidados de Enfermagem na fase pós-aguda;</li> <li>• Prevenção da Hipertermia maligna.</li> </ul>
<b>Metodologia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expositiva;</li> <li>• Descritiva;</li> </ul>
<b>Materiais e recursos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala de formação;</li> <li>• Computador;</li> <li>• Internet;</li> <li>• Projetor.</li> </ul>

## **APÊNDICE VIII**

### **SESSÃO DE FORMAÇÃO**







5º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de  
especialização em Enfermagem em Pessoa em Situação  
Crítica



Docente Orientador: Profª Dra. Anabela Mendes  
Enfermeiro Orientador: Sra. Enf. Rita Revés  
Discente: Enf. Catarina Barroso

A prestação de cuidados  
de Enfermagem  
especializados à pessoa  
com

**HIPERTERMIA  
MALIGNA**



## Finalidade

- Desenvolver conhecimentos sobre os cuidados de enfermagem especializados à pessoa com hipertermia maligna.

## Objetivos

- Conhecer a etiologia e epidemiologia;
- Compreender o processo fisiopatológico;
- Conhecer sinais e sintomas;
- Desenvolver conhecimentos sobre a prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa com hipertermia maligna;
- Desenvolver conhecimentos sobre a prevenção da hipertermia maligna.



## Etiologia

- Afecção hereditária e latente;

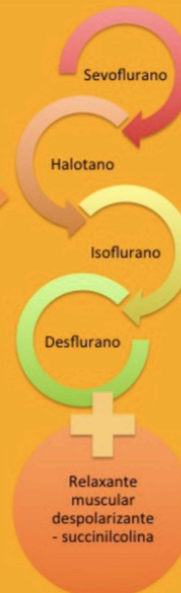
- Caracterizada por uma resposta hipermetabólica a anestésicos voláteis;

- De herança autossômica dominante;

Muito raramente com:

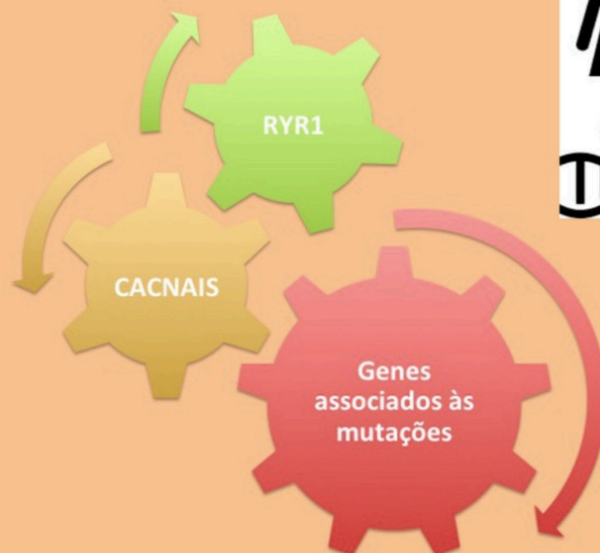
- Exercício físico vigoroso;

- Exposição a ambientes muito quentes.



(Hopkins, 2011)

## Etiologia



(Carpenter, Monnier e Weiss, 2009)

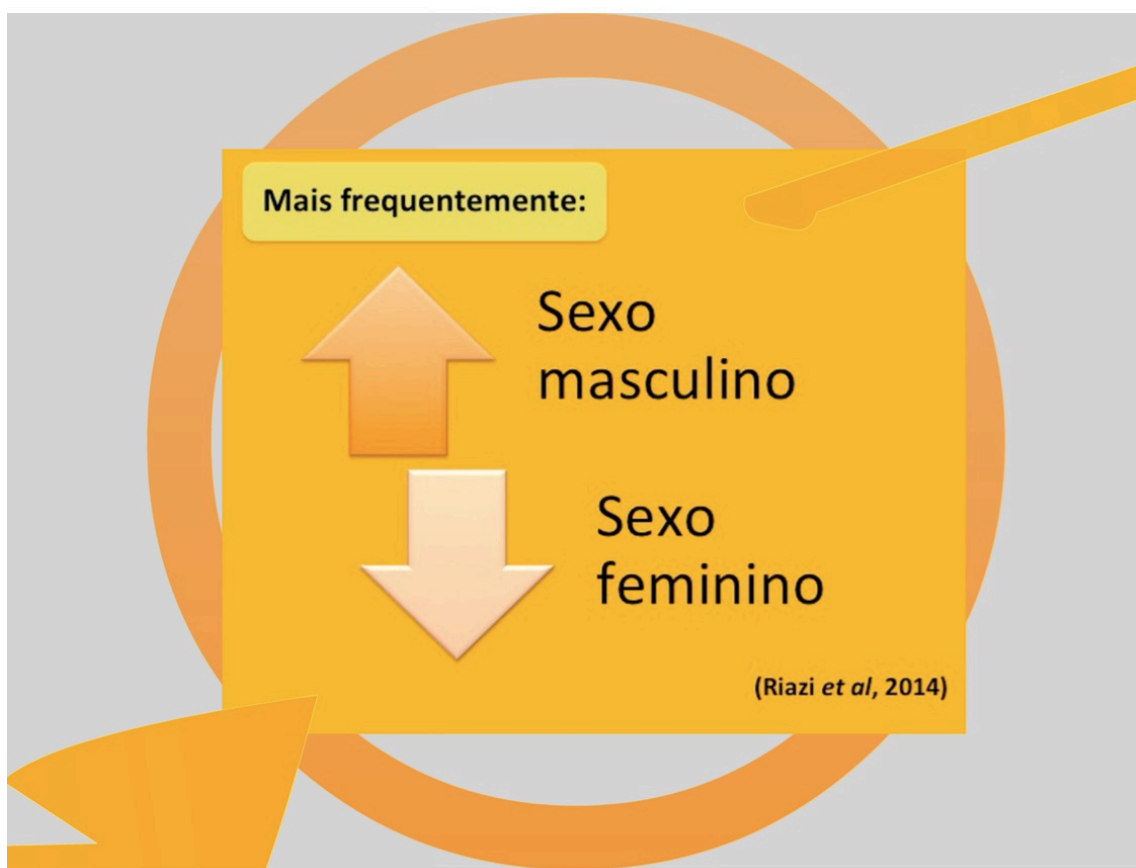
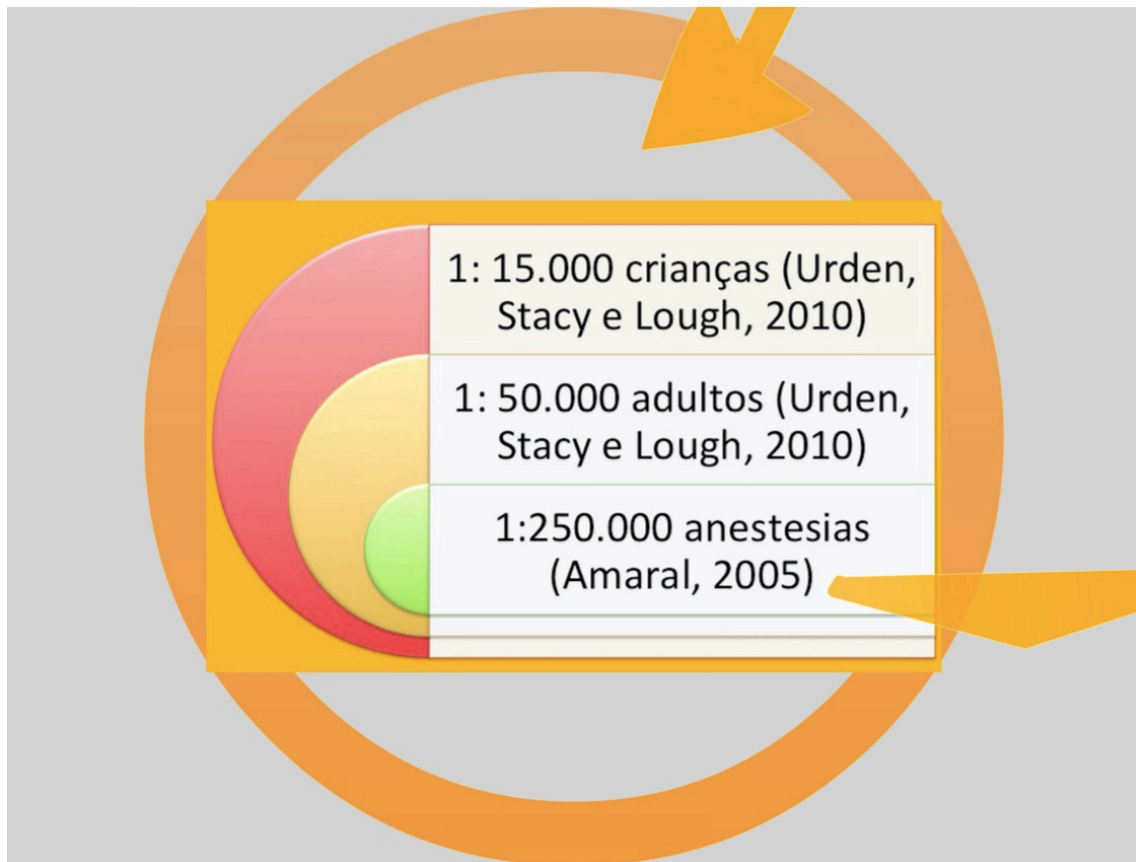
## Epidemiologia

**Prevalência  
(relativa  
aos genes)**

- 1:3000 a 1:8500 indivíduos (Gonsalves, 2013)

**Incidência**

- 1:250.000 anestésias (Amaral, 2005)
- 1: 50.000 adultos (Urden, Stacy e Lough, 2010)
- 1: 15.000 crianças





**População Jovem,  
com uma idade  
média de 18,3 anos**



**Em todas as raças**

**(Strazis, 1993)**

## **Fisiopatologia**

**Em condições normais, as concentrações de  
Ca<sup>2+</sup> no mioplasma são controlados pelo...**

**Receptor  
rianodina do  
retículo  
sarcoplasmático**

**Receptor  
dihidropiridina  
do túbulo  
transverso**

**Sistema Ca<sup>2+</sup> -  
ATPase**

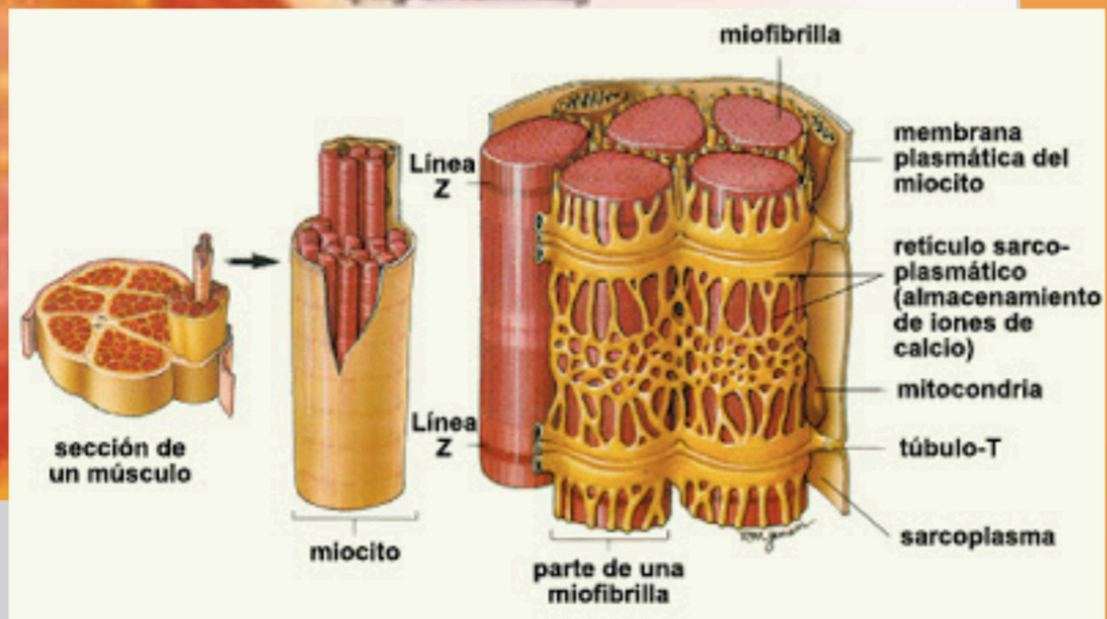
**(Wong e Denholm, 2011)**

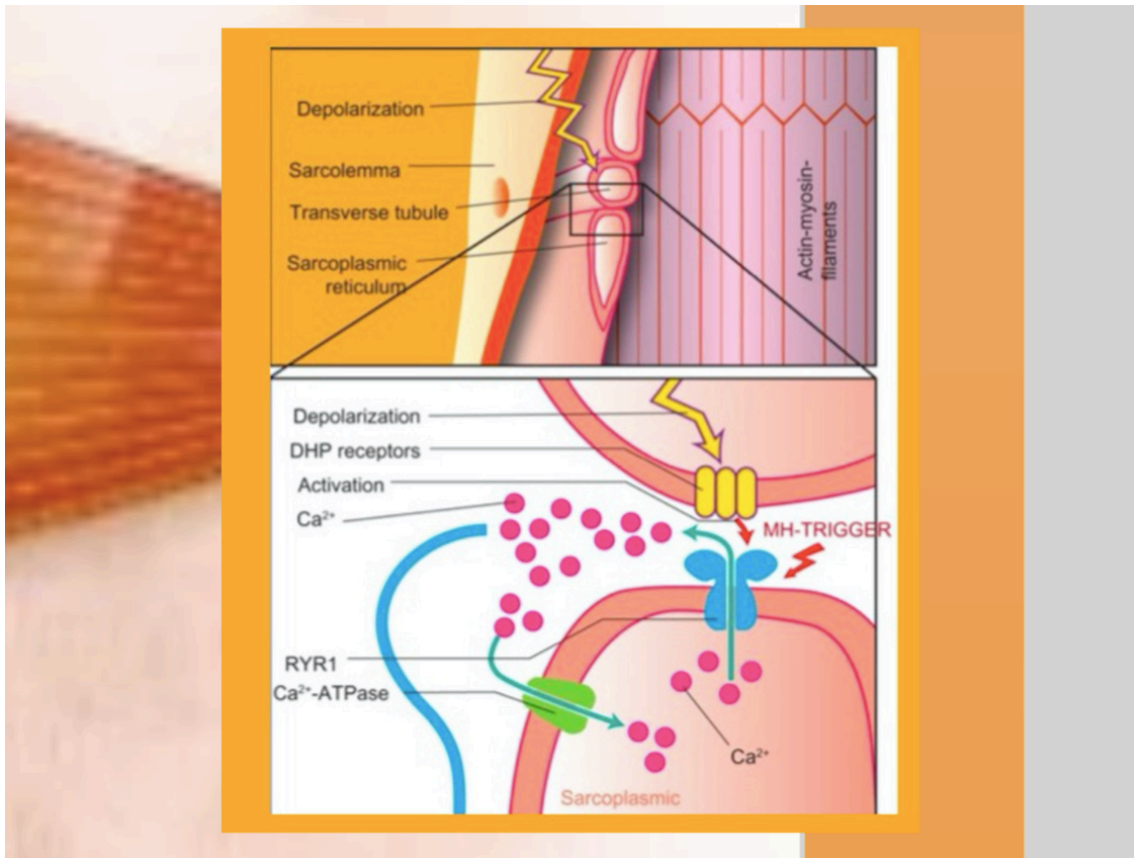


# Fisiopatologia

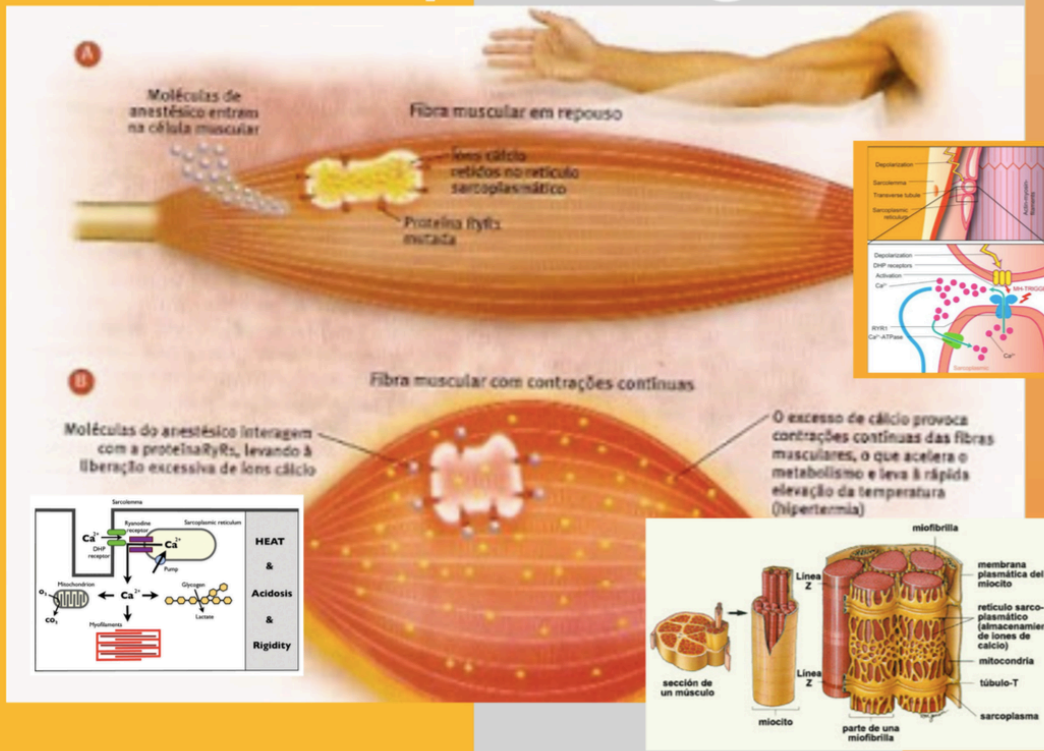


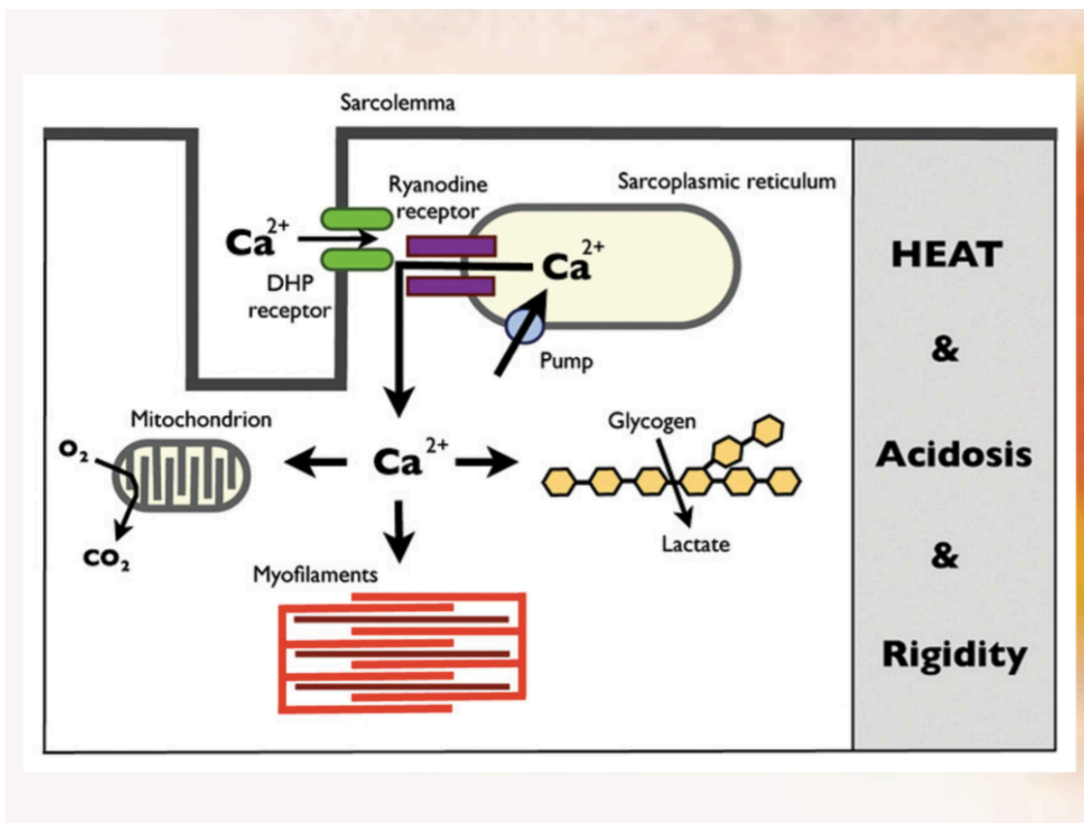
elevação da temperatura (hipertermia)





# FISIOPATOLOGIA





## Apresentação Clínica

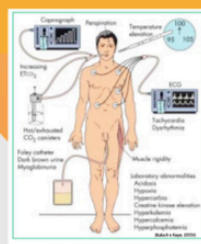
### Sinais precoces

- Arritmias
- Cianose
- Fasciculações e rigidez muscular
- Tensão arterial oscilante
- Aumento do  $EtCO_2$
- Sudorese
- Taquicardia
- Taquipneia
- Hipertermia

### Sinais Tardios

- Insuficiência Renal Aguda
- Paragem Cardio-respiratória
- Coagulação Intravascular Disseminada
- Aumento de CK
- Hipercalemiemia
- Hipercalemiemia
- Acidose respiratória e metabólica
- Mioglobulinúria

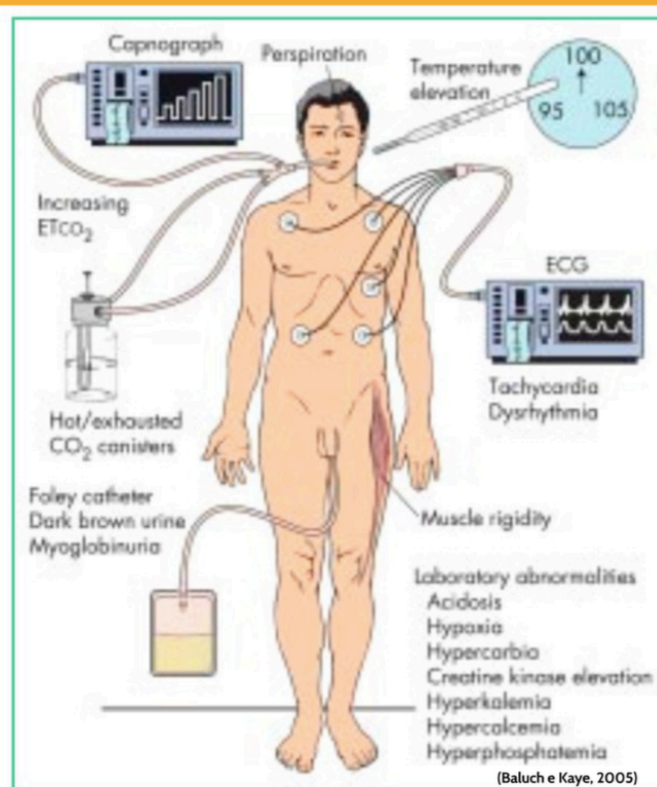
(MacNeil, 2005)



A hipertermia pode ser marcada (superior a  $44^{\circ}C$ ), com um aumento da temperatura central na ordem dos  $1-2^{\circ}C$  a cada 5 minutos.

(Sessler, 2008)



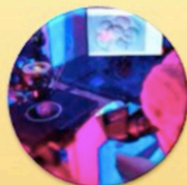


The clinical presentation of the patient with MH.

## De que forma se faz o diagnóstico?



**Apresentação Clínica**



**Biópsia muscular e Testes laboratoriais**  
– contratura das fibras musculares, na presença de halotano-caféina



**Análise de DNA**



(Malandrini, 2008)

## Malignant Hyperthermia Graduate Clinical Scale

Indicadores de Hipertermia Maligna.		
Processo	Indicador	Pontos
Rigidez	Generalizada (exceto shivering)	15 ou
	Espasmo de masseter após succinilcolina	15
Destruição muscular	CPK > 20 000 UI com Succinilcolina	15 ou
	CPK > 10 000 UI sem Succinilcolina	15 ou
	Urina cor de Coca-Cola	10 ou
	Mioglobulinúria > 60 mcg/l	5 ou
	Mioglobulinemia > 170 mcg/l	5 ou
	Potassemia > 6 mEq/l	3
Acidose respiratória	PETCO <sub>2</sub> > 50 mmHg em Ventilação controlada	15 ou
	PaCO <sub>2</sub> > 60 mmHg em Ventilação controlada	15 ou
	PETCO <sub>2</sub> > 65 mmHg em Ventilação espontânea	15 ou
	PaCO <sub>2</sub> > 60 mmHg em Ventilação espontânea	15 ou
	Hipercarbia (inapropriada)	15 ou
	Taquipnéia (inapropriada)	10
Acidose metabólica	BEa além de - 8 mEq/l	10
Acidemia	pH < 7,25	10
Hipertermia	Elevação rápida da T (inapropriada)	15 ou
	T > 38,8° C (inapropriada)	10
Ritmo cardíaco	Taquicardia sinusal (inapropriada)	3 ou
	Taquicardia ou fibrilação ventricular	3
Dantrolene & acidose	Reversão rápida (respiratória ou metabólica)	5


Susceptibilidade à hipertermia maligna.	
Indicadores	Pontos
Antecedente em familiar de primeiro grau	15 ou
Antecedente em familiar outro que não de primeiro grau	5
Antecedente em familiar & pessoal, exceto CK elevada em repouso	10
CK elevada em repouso	10

**Estimativa de probabilidade.**  
NÃO somar pontos de indicadores de um mesmo processo. Considerar a pontuação máxima de cada processo.

Pontuação	Risco de HM	Probabilidade
0	1	Quase impossível
3 a 9	2	Improvável
10 a 19	3	Algo menos que provável
20 a 34	4	Algo mais que provável
35 a 49	5	Bastante provável
50 ou +	6	Quase certo

(Larach et al, 1994)



Cuidados  
de Enfermagem



## Intervenções terapêuticas e Resultados esperados

### NIC (Nursing Interventions Classification)

#### Intervenções na HIPERTERMIA Maligna – 3840

**Definição:** Prevenção ou redução da resposta hipermetabólica a agentes farmacológicos utilizados durante a cirurgia

- Prevenção específica da hipertermia maligna
- Regulação da temperatura
- Tratamento da febre

### NOC (Nursing Outcomes)

- Termorregulação

#### Resultados associados adicionais:

- Hidratação
- Estado Neurológico
- Comportamento de Segurança: Pessoal
- Estado dos Sinais Vitais

## Intervenções de Enfermagem

Determinar fatores precipitantes

Monitorizar sinais vitais – temperatura central

Monitorizar a pressão venosa central

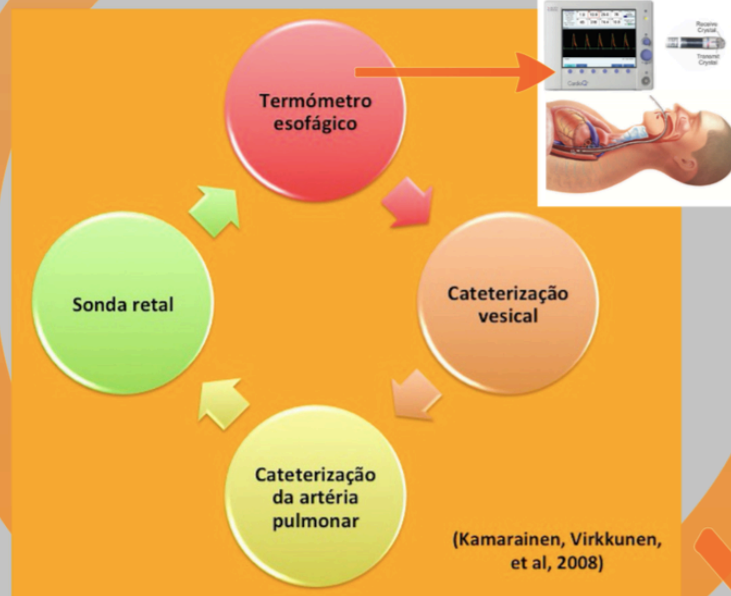
Monitorizar débito urinário

Realizar o balanço hídrico

Monitorizar os electrolitos séricos

CHECKING YOUR  
VITAL SIGNS

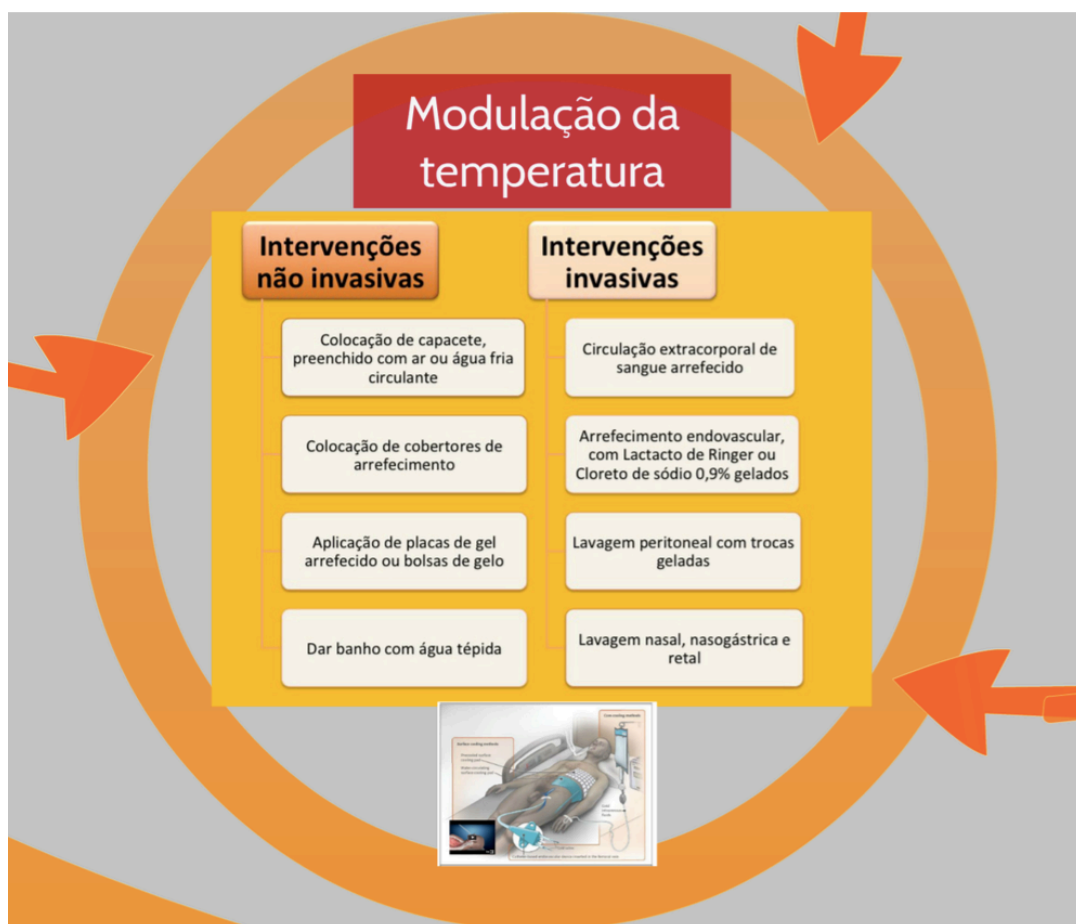
## Monitorização da temperatura central

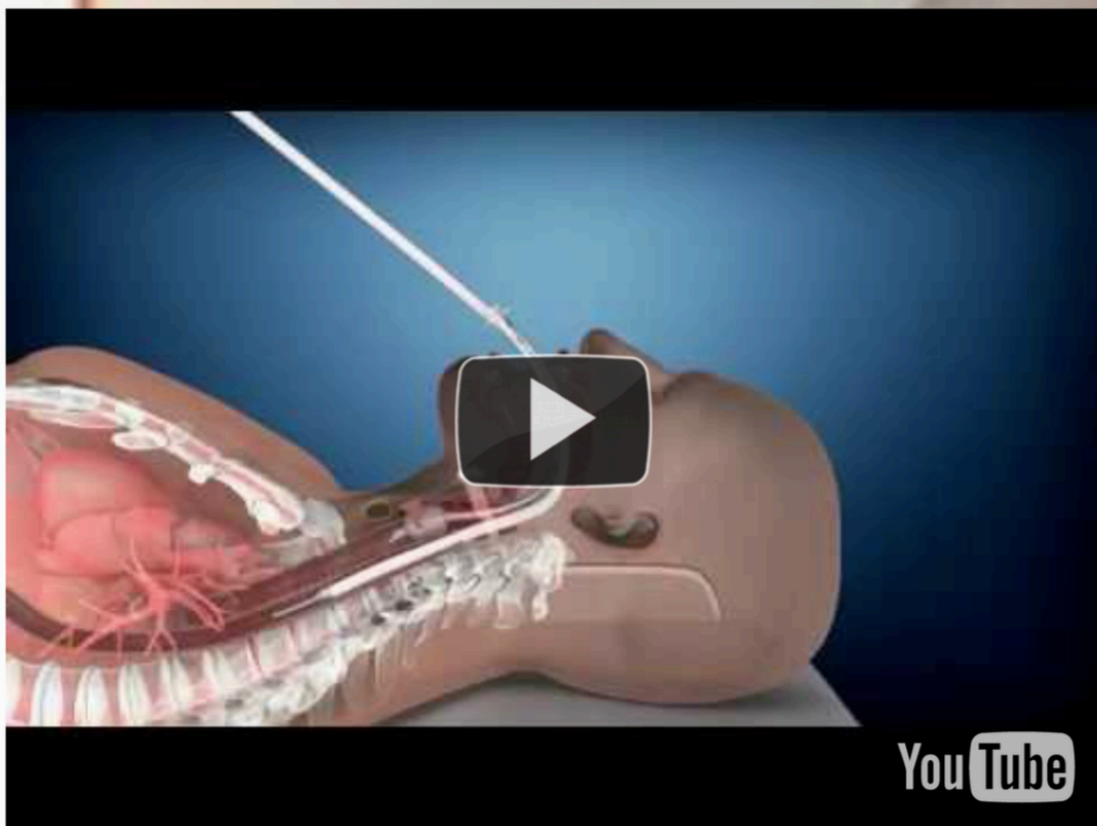
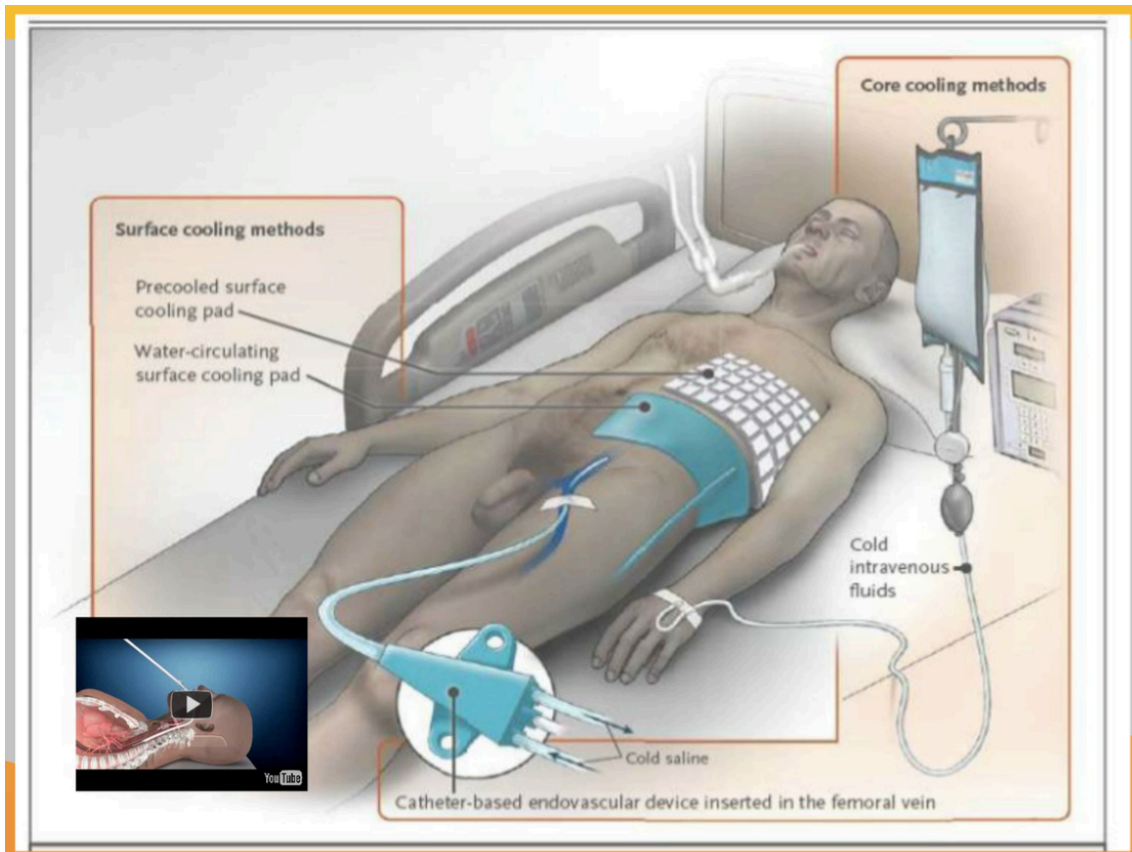


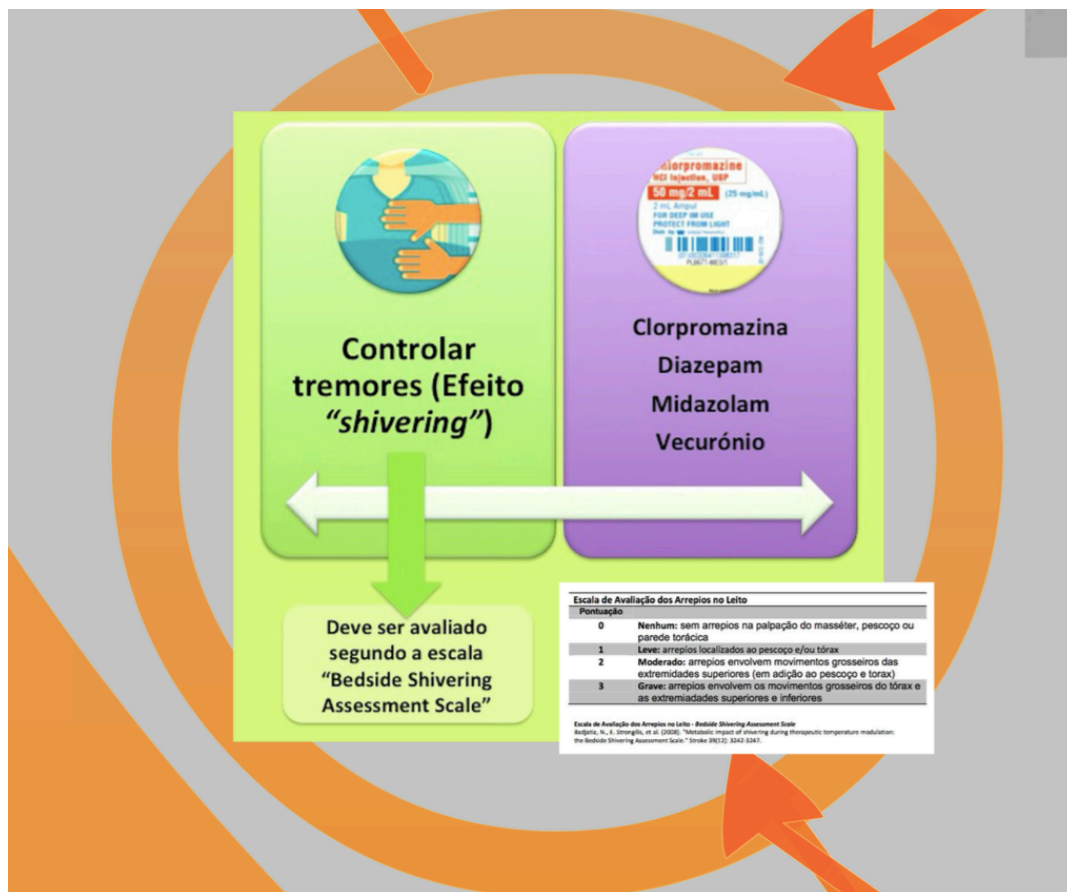
## Intervenções simultâneas - Fase aguda











### Escala de Avaliação dos Arrepios no Leito

Pontuação	
0	<b>Nenhum:</b> sem arrepios na palpação do masséter, pescoço ou parede torácica
1	<b>Leve:</b> arrepios localizados ao pescoço e/ou tórax
2	<b>Moderado:</b> arrepios envolvem movimentos grosseiros das extremidades superiores (em adição ao pescoço e tórax)
3	<b>Grave:</b> arrepios envolvem os movimentos grosseiros do tórax e as extremidades superiores e inferiores

#### Escala de Avaliação dos Arrepios no Leito - Bedside Shivering Assessment Scale

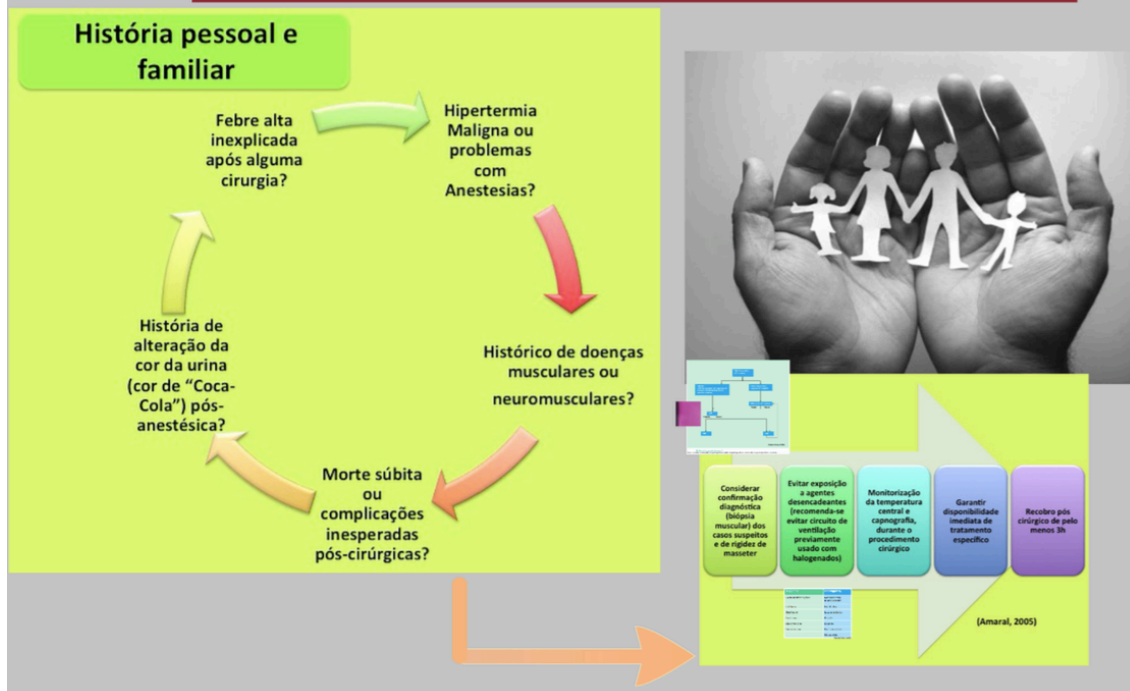
Badjatia, N., E. Strongill, et al. (2008). "Metabolic impact of shivering during therapeutic temperature modulation: the Bedside Shivering Assessment Scale." Stroke 39(12): 3242-3247.

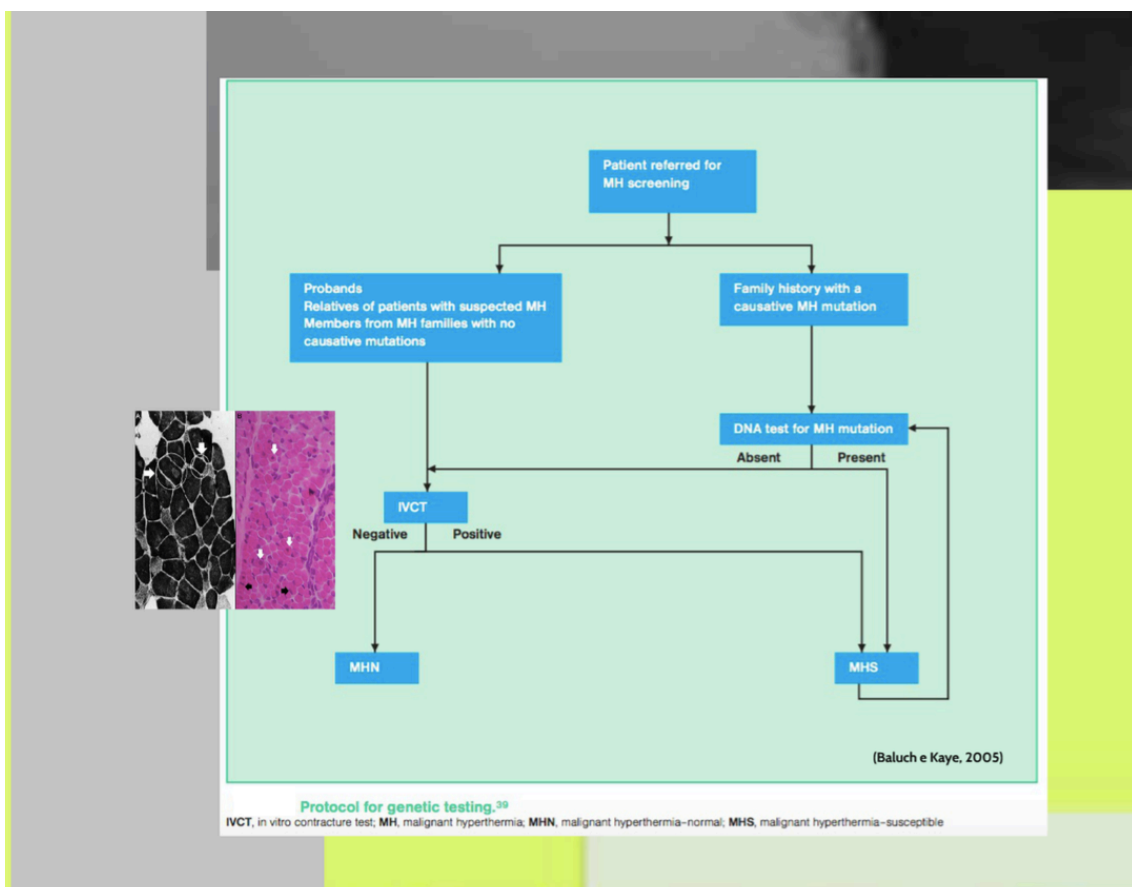


## Fase pós-aguda



## Prevenção da Hipertermia Maligna





Triggering	Nontriggering
Potent inhalation agents	Nondepolarizing muscle relaxants
Halothane	Barbiturates
Sevoflurane	Local anesthetics
Desflurane	Propofol
Succinylcholine	Ketamine
Phenothiazines	Benzodiazepines
	Nitrous oxide

(Baluch e Kaye, 2005)

## Referências Bibliográficas

- Amaral, J. (2005). Hipertermia Maligna Anestésica. *Revista Neurociências*, 13(3), 39–46.
- Anesthesiology, S. B. de. (2009). Hipertermia Maligna. Projeto Diretrizes.
- Badjatia, N., & Strongilis, E. (2008). Metabolic impact of shivering during temperature modulation: the Bedside Shivering Assessment Scale. *Stroke*, 39(12), 3242–3247.
- Baluch, A., & Kaye, A. (2005). Lesson 248: PreAnesthetic Assessment of the Patient with Malignant Hyperthermia. In *Continuing Medical Education* (pp. 49–53).
- Bombard, H., Glas, M., Goesdonk, V. H., Belgardt, M., Schwarz, J., & Volk, T. (2014). A novel device for target controlled administration and reflection of desflurane—the Mirus. *Anaesthesia*, 69(11), 1241–50.
- Carpenter, D., Ringrose, C., Leo, V., Morris, A., Robinson, R. L., & Halsall, P. J. (2009). The role of CACNAIS in predisposition to malignant hyperthermia. *BMC Med Genet*, 10(104).
- Cunha, L. B. P. (2005). Anestesia para suscetíveis à Hipertermia Maligna. *Revista Neurociências*, 13(3), 79–87.
- Fierobe, L., Nivoche, Y., Mantz, J., Elalaoui, Y., Veber, B., & Desmonts, J. M. (2002). Perioperative severe rhabdomyolysis revealing susceptibility to malignant hyperthermia. *Anesthesiology*, 96(3), 263–5.
- Gonsalves, S. G., Ng, D., Johnston, J. J., Stenson, P. D., & Cooper, D. N. (2013). Using exome data to identify malignant hyperthermia susceptibility mutations. *Anesthesiology*, 119(5), 1043–53.
- Hopkins, P. M. (2011). Malignant hyperthermia: pharmacology of triggering. *Br J Anaesth*, 107(1), 48–56.
- Johannsen, S., Moge, S., Roewer, N., & Schuster, F. (2014). Malignant hyperthermia on ICU - sudden attack of the "snake." *BMC Anesthesiol*, 14(A11).
- Kamarainen, A., & Virkkunen, I. (2008). Induction of therapeutic hypothermia during prehospital CPR using ice-cold intravenous fluid. *Resuscitation*, 79(2), 205–211.
- Larach, M. G., Allen, G. C., & Simon, A. (1993). Safety and efficacy of Dantrolene Sodium for the Treatment of Malignant Hyperthermia Events. *Anesthesiology*, 79(A1079).
- Larach, M. G., Brandon, B. W., Allen, G. C., Gronert, G. A., & Lehman, E. B. (2014). Malignant hyperthermia deaths related to inadequate temperature monitoring. *Anesth Analg*, 119(6), 1359–66.
- Larach, M. G., Localio, A. R., Allen, G. C., Denborough, M. A., Ellis, F. R., & Gronert, G. A. (1994). A clinical grading scale to predict malignant hyperthermia susceptibility. *Anesthesiology*, 80(4), 771–9.
- Litman, R. S., Flood, C. D., Kaplan, R. F., Kim, Y. L., & Tobin, J. R. (2008). Postoperative malignant hyperthermia: an analysis of cases from the North American Malignant Hyperthermia Registry. *Anesthesiology*, 109(5), 825–9.
- Malandrini, A., Orrico, A., Gaudiano, C., Gambelli, S., Galli, L., & Berti, G. (2008). Muscle biopsy and in vitro contracture test in subjects with idiopathic HyperCKemia. *Anesthesiology*, 109(4), 625–8.
- McKenney, K. A., & Holman, S. J. (2002). Delayed postoperative rhabdomyolysis in a patient subsequently diagnosed as malignant hyperthermia susceptible. *Anesthesiology*, 96(3), 764–5.
- Monnier, N., Krivosic-Horber, R., Payen, J. F., Kozak-Ribbens, G., Nivoche, Y., & Adnet, P. (2002). Presence of two different genetic traits in malignant hyperthermia families: implications for genetic analysis, diagnosis, and incidence of malignant hyperthermia susceptibility. *Anesthesiology*, 97(5), 1067–1074.
- Nelson, T. E. (1990). Porcine malignant hyperthermia: critical temperatures for in vivo and in vitro responses. *Anesthesiology*, 73(3), 449–54.
- Paul-Pletzer, K., Yamamoto, T., Bhat, M. B., Ma, J., Ikemoto, N., & Jimenez, J. S. (2002). No Titlidentification of a dantrolene-binding sequence on the skeletal muscle ryanodine receptor. *J Biol Chem*, 277(38), 34918–23.
- Pollock, A. N., Lanfong, E. E., Couchman, K., Stowell, K. M., & Waddington, M. (2002). Suspected malignant hyperthermia reactions in New Zealand. *Anaesth Intensive Care*, 30(4), 453–61.
- Riazi, S., Larach, M. G., Hu, C., Wijesundera, D., Massey, C., & Kraeva, N. (2014). Malignant hyperthermia in Canada: characteristics of index anesthetics in 129 malignant hyperthermia susceptible probands. *Anesth Analg*, 118(2), 381–7.
- Rosenberg, H., Pollock, N., Bulger, T., & Stowell, K. (2015). Malignant hyperthermia: a review. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 10(93). doi:10.1186/s13023-015-0310-1
- Schneiderbanger, D., Johannsen, S., Rower, N., & Schuster, F. (2014). Management of malignant hyperthermia: diagnosis and treatment. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 10, 355–362.
- Sessler, D. I. (2008). Temperature monitoring and perioperative thermoregulation. *Anesthesiology*, 109(2), 318–38.
- Strausz, K. P., & Fox, A. W. (1993). Malignant hyperthermia: a review of published cases. *Anesth Analg*, 77(2), 297–304.
- Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2014). *Critical Care Nursing: Diagnosis and Management* (7th ed.). Missouri: Mosby/Varon, J., & Acosta, P. (2008). Therapeutic hypothermia: past, present and future. *Chest*, 133(5), 1267–1274.
- Weiss, R. G., O'Connell, K. M., Flucher, B. E., Alle, P. D., Grabner, M., & Dirksen, R. T. (2004). Functional analysis of the R1086H malignant hyperthermia mutation in the DHPR reveals an unexpected influence of the III-IV loop on skeletal muscle EC coupling. *Am J Physiol Cell Physiol*, 287(4), C1094–102.



**APÊNDICE IX**  
**JORNAL DE APRENDIZAGEM II**



Mestranda: Catarina Barroso nº 18

Professora orientadora: Profª. Dra. Anabela Mendes

## **Unidade Curricular - Estágio**

### **UCI**

### **Jornal de Aprendizagem**

Segundo o Ministério da Saúde, através da Direção-Geral de Saúde (2003) o serviço/unidade de cuidados intensivos define-se e reconhece-se em função de três critérios major: 1) A prática - assente num contínuo de ações e procedimentos humanos e instrumentais de monitorização, avaliação, diagnóstico e tratamento, assegurados, em função das necessidades do doente, 24h por dia; 2) A avaliação - faz-se de harmonia com a função atribuída a cada Serviço/Unidade de Cuidados Intensivos, sendo que a natureza dos doentes admitidos, a taxa de sobrevida, a capacidade de recuperação das funções vitais, a disponibilidade e a capacidade para acorrer às necessidades decorre da missão atribuída; 3) A Investigação - a monitorização contínua de cada um e do conjunto dos doentes, num contexto multidisciplinar de diagnóstico e avaliação de resultados, permite compreender a doença cada vez melhor, acumular experiência, sistematizar a "memória da UCI" e enriquecer saberes que devem servir para promover a qualificação dos desempenhos organizacionais. Assim, e de acordo com o Instituto Nacional de Estatística (2003) as UCI são um "conjunto integrado de meios físicos, técnicos e humanos especializados, onde os doentes em estado crítico, com falência de funções orgânicas vitais, são assistidos por meio de suporte avançado de vida, durante 24 horas por dia".

A pessoa em situação crítica é definida pela Ordem dos Enfermeiros (2010, p.2) como "a pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica

e/ou falência orgânica, que exige observação, colheita e procura contínua de alterações, detecção precoce, monitorização e avaliação... ". Neste sentido e na continuidade da prestação de cuidados, muitas vezes esta pessoa é admitida na urgência e depois transferida para um contexto de cuidados intensivos, como foi o caso da Sra. , a quem prestei cuidados.

O internamento em Serviço/Unidade de Cuidados Intensivos é, por definição, um tempo transitório para alguns doentes em risco de vida, pelo que é parte de um processo e não um fim em si (DGS, 2003, p.6). Com inúmeras comorbilidades e antecedentes pessoais de saúde, a Sra. inicia o seu internamento na UCI , na sala de intermédios. Por dispneia e depois exaustão respiratória, traduzida na forma sintomática, hemodinâmica e gasimétrica, acaba por ser transferida para a sala da Unidade de Cuidados Intensivos, tendo sido necessária a sua entubação orotraqueal, para suporte ventilatório invasivo. De forma concomitante, iniciou-se técnica de hemodiafiltração venovenosa contínua (método de escolha em doentes críticos hemodinamicamente instáveis), por insuficiência renal crónica preexistente e para suporte hemodinâmico mais eficiente, com correção mais rápida de electrólitos, equilíbrio ácido-base e balanço controlado de líquidos.

No mesmo plano e de forma integrada, a equipa de enfermeiros que prestava cuidados à Sra. avaliou e monitorizou continuamente a dor da mesma. A dor segundo a *International Association for the Study of Pain* (1994), é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão. Como instrumento de avaliação, foi utilizada a Escala Comportamental da Dor (*Behavioral Pain Scale*), de utilização preconizada pelo sistema informático utilizado no serviço. A sua validade, segundo Urden, Stacy e Lough (2014), é sustentada com scores mais elevados durante procedimentos com estímulos nociceptivos, comparativamente a procedimentos não nociceptivos, sendo que um score superior a 5 é altamente preditivo de dor, segundo os autores da mesma escala.

No entanto, para a utilização da *Behavioral Pain Scale*, apesar dos comportamentos terem sido validados, para a avaliação da dor da pessoa em situação crítica, estes apresentam algumas limitações, para as quais os enfermeiros da UCI estão despostos e para as quais fui alertada. De facto e



segundo as mesmas autoras referidas acima, os comportamentos são impossíveis de monitorizar em pessoas doentes, sem capacidade de resposta à dor de forma comportamental, nomeadamente as que padecem de alguns tipos de paralisia ou que estão sob o efeito de agentes bloqueadores neuromusculares. De igual forma, as respostas comportamentais podem ser camufladas com a administração de grandes doses de agentes sedativos. Adicionalmente, as escalas comportamentais da dor, desenvolvidas para pessoas em situação crítica sem resposta verbal, não podem ser aplicadas àquelas que apresentam lesão cerebral e um nível de consciência alterado, por poderem apresentar comportamentos atípicos de resposta à dor. Daqui, concluo que quando o enfermeiro seleciona uma escala para avaliação, deve ter em conta se esta foi testada para o tipo de população e contexto, ao qual é planeado aplicá-la.

O controlo da dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde e a relação da dor com o sofrimento merece uma referência particular. Por esta razão, a Direção-Geral da Saúde institui a dor como 5º sinal vital, determinando como norma de boa prática que a presença da mesma e a sua intensidade sejam sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas, sendo que o sucesso da estratégia terapêutica depende da monitorização regular da dor em todas as suas vertentes (DGS, 2003).

No âmbito das suas competências nos domínios da prática profissional, ética e legal e do desenvolvimento profissional, o enfermeiro toma por foco de atenção a dor contribuindo para a satisfação do cliente, o bem-estar e o auto-cuidado (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p.16), devendo ter por base o plano estratégico nacional de prevenção e controlo da dor da DGS, aprovado a 30 de Outubro de 2013. Além destes, exige-se do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, uma gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas, através da identificação de evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar, da demonstração de conhecimentos sobre bem-estar físico, psicossocial e espiritual na resposta às necessidades da pessoa em situação crítica, no garante da gestão de medidas farmacológicas de combate à dor e na demonstração de conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da mesma (Regulamento das competências

específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, 2010). Fundamentando esta necessidade, neste contexto, está a resposta biológica ao stress ativada pela dor. Esta resposta ao stress, envolve os sistemas nervoso, endócrino e imunitário no axis adrenal-pituitário-hipotalâmico, com resposta direta a curto-prazo do sistema nervoso simpático, através da libertação de catecolaminas, como a noradrenalina a nível simpático e adrenalina a nível do córtex adrenal (Urden, Stacy e Lough, 2014).

Neste âmbito, a prestação de cuidados de enfermagem englobou, dois tipos de intervenções: autónomas e interdependentes. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2008, p. 15) *as intervenções autónomas são de exclusiva iniciativa e responsabilidade do enfermeiro, isto é, o enfermeiro assume a responsabilidade pela sua prescrição, execução e avaliação*. Tratando-se de uma situação emergente, com risco de vida para a pessoa, existiu uma estratégia de avaliação e intervenção complementar, autónoma e interdependente, com tradução hemodinâmica importante.

No plano autónomo, ao nível das intervenções físicas, realizou-se otimização do posicionamento da Sra. para realização de técnicas invasivas; implementaram-se intervenções de controlo da hipotermia, como a exposição corporal limitada e numa fase posterior, o aquecimento externo, que segundo Elkin, Perry e Potter (2005) promove o relaxamento muscular. Ao nível das intervenções de suporte emocional, foram utilizadas como estratégias o toque terapêutico e a promoção do conforto, este último também através do controlo dos fatores ambientes, com trabalho de equipa coordenado, com o mínimo de interações verbais necessárias e com volume adequado, para controlo da ansiedade associada à sobrecarga sensorial.

No plano interdependente e baseada na avaliação da dor em equipa, preparou-se e iniciou-se perfusão endovenosa de fentanilo segundo prescrição, assegurou-se a analgesia necessária para a realização de procedimentos invasivos, como para a colocação de catéter de hemodiálise, com preparação de lidocaína a 2%, garantindo também a aplicação do protocolo setorial do serviço. O fentanilo é um opióide sintético, preferível para pessoas em situação crítica, com instabilidade hemodinâmica e/ou compromisso renal, por ser um agente lipo-solúvel que tem um mecanismo de ação mais rápido que a morfina, com um tempo de semi-vida inferior e metabolitos mais inativos e não tóxicos,

que o tornam um opióide eficaz e seguro (Brush e Kress, 2009). Como adjuvante, poderia ter sido utilizada a sedação, mas devido à instabilidade hemodinâmica, nomeadamente tensional, não foi possível recorrer à mesma.

Após 24 horas de estabilização hemodinâmica, nomeadamente com perfusão endovenosa de noradrenalina, dobutamina, fentanilo, técnica de hemodiafiltração venovenosa contínua, suporte ventilatório invasivo em modo de pressão controlada, mas sem sedação, a Sra. apresenta um *Score de Glasgow* de 7 e um *Score* de 4, com aplicação da escala comportamental da dor (adaptada de *Behavioral Pain Scale*). Assim sendo, apresenta abertura espontânea dos olhos à estimulação verbal e tátil e responde com movimentos da cabeça, a perguntas simples e diretas, sendo a avaliação e intervenção no conforto da mesma mais adequada às suas necessidades, de forma holística.

Neste contexto, é essencial o desenvolvimento de técnicas de comunicação interpessoal específicas, que vêm sustentar também o desenvolvimento da competência número 1 do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica (2010) - *Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica* - nomeadamente as unidades de competência: K.1.4 - Assiste a pessoas e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de doença; K.1.5 - Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde e K.1.6 - Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica.

A competência de enfermagem baseia-se em primeiro lugar nas qualidades pessoais do enfermeiro, as que fazem dele, uma pessoa à escuta, atento ao que se passa com a pessoa doente e capaz de decisão, de ação e de empatia. Assim a competência aplicada ao domínio de enfermagem comporta duas exigências principais: a mobilização das capacidades pessoais do enfermeiro e a mobilização do seus saberes e saber-fazer aplicados ao cuidados de enfermagem. No seu conjunto, a aquisição da competência de enfermagem situa-se no cruzamento de três domínios: o desenvolvimento da sua personalidade e as aquisições das suas experiências de vida pessoal; as aquisições de formação e de experiência profissional; as exigências, os

desafios e as possibilidades de evolução encontrada no decurso das situações de trabalho ou de estágio em que se encontra, e tudo o que lhes permite enriquecer a sua bagagem de experiências e conhecimentos (Phaneuf, 2002).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010, p.10) e fazendo parte integrante, *a relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objetivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde. Várias são as circunstâncias em que a parceria deve ser estabelecida, envolvendo as pessoas significativas para o cliente individual (família, convivente significativo).*

Hesbeen (2000, p.66) concorda com Watson na distinção entre o que é a essência e o que é acessório nos cuidados de Enfermagem, apresentando uma perspetiva mais ampla do exercício do cuidar e afirmando que *o que faz a essência da prática do cuidar, que permite prestar cuidados a uma pessoa, é a relação interpessoal de um beneficiário de cuidados, que precisa de ajuda e de uma pessoa prestadora de cuidados que tem por missão ajudar e isso numa situação de vida em que o prestador é chamado a intervir*. Assim, no meio profissional existem vários cuidadores, sendo que o que os diferencia são os meios que cada um utiliza para concretizar parte desse cuidado (Hasbeen, 2004). O acessório, isto é, as atividades que os enfermeiros desenvolvem dirigidas às necessidades das pessoas, tornam-se dispositivos efetivos de ajuda, quando têm em conta a experiência individual e a centralidade desta atuação reside na relação interpessoal. Cuidar em enfermagem é sobretudo uma resposta pessoal em que o ênfase é colocado na relação (Watson, 2002).

A relação terapêutica é o desenvolvimento de uma relação dual que acontece no encontro entre o enfermeiro e a pessoa doente e tem um potencial reparador e nutritivo para a pessoa cuidada, constituindo-se como favorecedora do potencial humano (Reynolds, 2009). Assim, tem como características: ser interpessoal, **ter um objetivo** que beneficie a pessoa doente, desenvolver-se por etapas, decorrer num espaço temporal limitado e exige que o enfermeiro utilize não só conhecimentos teóricos como a si mesmo (Chalifour, 2008), tendo tudo isto sido imprescindível nesta situação de

prestação de cuidados concreta para atingir os objetivos esperados da relação terapêutica que compreendem: criar um clima comunicacional de modo a perceber as percepções e necessidades da pessoa; facilitar vias de compreensão para lidar com o seu contexto vivencial; procurar a redução ou resolução do problema da pessoa doente e oferecer a possibilidade de vivência de uma nova forma de relação (Reynolds, 2009).

Por sua vez a relação terapêutica, não pode ser construída sem a existência de comunicação terapêutica eficaz, que consiste num processo recíproco entre enfermeiro e pessoa doente, onde o primeiro utiliza os seus conhecimentos científicos e as suas habilidades profissionais, para ajudar a pessoa doente de forma útil e individualizada. Por outro lado, esta interação não só será benéfica para a pessoa doente, mas também para o enfermeiro que aprende e aumenta o seu leque de conhecimentos com as mais-valias que retira desta relação. Tal como Peplau (1990) afirma "A enfermagem é um processo interpessoal terapêutico em que ambos os parceiros crescem como resultado da aprendizagem ocorrida na relação".

A interação, que medeia os cuidados de enfermagem, deve permitir um olhar detalhado e simultaneamente abrangente, das necessidades e motivações individuais e conjuntas e aos enfermeiros impõe-se identificar, sustentadamente, o modo de ir ao encontro (Mendes, 2015).

Orem (1995) menciona que o contato e comunicação entre as pessoas que podem beneficiar dos cuidados de Enfermagem...permitem defini-lo como pré-requisito para a prestação dos mesmos. Neste âmbito, vários são os fatores a ter em conta, na avaliação do caso específico apresentado, nomeadamente o compromisso da comunicação verbal relacionado com a barreira física, que é a entubação orotraqueal e as alterações sensoriais e da percepção relacionadas com o ambiente terapêutico restritivo. Depois da avaliação e diagnóstico de enfermagem, cabe ao enfermeiro a seleção de intervenções, mais adequadas, tendo em vista o resultado esperado: a Sra.

diminui o seu sofrimento, nos seus vários tipos (físico, psicológico, social) e comunica de forma não-verbal a diminuição da frustração associada com as barreiras à comunicação.

Na realidade, a necessidade sentida pelo enfermeiro de comunicar com a pessoa ventilada, leva a que este desenvolva esforços na tentativa de atingir

esse objetivo e as várias experiências que vão ocorrendo na comunicação com estas pessoas, irão contribuir para que gradualmente, o enfermeiro, pelo conhecimento e pela prática se torne mais capaz de as "entender".

É a comunicação que nos liga ao mundo e aos outros. Estar impossibilitado de falar não é estar impossibilitado de tornar comum (vontades, opiniões, sentimentos). É sempre na relação com o outro que, à revelia da vontade da pessoa, essa doença que ela não quis, se intromete no espaço comunicativo entre ela e o outro. Não seja à revelia da nossa consciência que o trabalho em comunicação fique aquém do que pode ser: um processo co construído, em que duas pessoas se conseguem encontrar, mesmo que não seja através das formas com que se habituaram a partilhar o que são.

Para isto, temos que escutar ativamente: a escuta ativa implica uma atenção constante, total e uma sensibilidade e percepção apuradas para que se consiga ouvir o que a pessoa doente diz, mas sobretudo "o que não diz", valorizando as mensagens mudas que transmite.

Adultos, tal como a Sra. , cujas condições clínicas dificultam ou impedem a comunicação verbal, desafiam os profissionais de saúde a modificar a sua forma de comunicação para irem ao encontro das necessidades comunicativas das pessoas doentes (Kagan *et al*, 1998). Para alcançar este objetivo, revestem-se de especial importância e urgência uma série de estratégias de comunicação interpessoal, nomeadamente: a utilização de contacto visual, ao comunicar falando num tom de voz claro e normal; posicionar-se de frente para a Sra. , tranquilizando-a e reconhecendo o seu sofrimento de forma empática; registar o significado dos sinais da Sra. em resposta às perguntas colocadas (com frases curtas e formuladas de forma fechada); explicar às pessoas significativas a origem do compromisso de comunicação, ensinando-lhes alternativas para uma comunicação eficaz; estar atenta às mensagens não verbais como expressões faciais, movimentos das mãos e acenos com a cabeça, validando o significado com a mesma; discutir os acontecimentos do momento, hora do dia, feriados, tópicos de interesse, estabelecendo um contato pessoal pelo toque terapêutico para ajudar a promover e manter contato com o ambiente real, bem como encorajar as pessoas significativas a comunicar com a Sra. , utilizando o seu tom de voz

normal. É igualmente importante, informar, antes de iniciar intervenções ou utilizar equipamento, sempre que possível permitir escolhas e limitar a sobrecarga sensorial, através do controlo ambiental (ruído, luminosidade). Neste contexto, como facilitação, existem disponíveis, vários métodos auxiliares de comunicação com a pessoa ventilada, como, cartões com desenhos ou com o alfabeto, escrita e a mímica gestual, mas pelo facto da função neuromuscular da Sra. estar comprometida, não foi possível utilizá-los. No que concerne à temática do comportamento não-verbal, enquanto prestadora de cuidados, foram consideradas quatro dimensões: proxémia, cinésia, qualidades vocais e funções anatómicas (Peixoto *et al*, 2012).

Sob o olhar da teoria das transições de Meleis (2010), todo o anteriormente abordado enquadra-se na esfera das intervenções terapêuticas de enfermagem, com o intuito de aumentar o limiar da vulnerabilidade, sendo esta, por isso, um dos eixos de intervenção. A vulnerabilidade tem sido definida como a suscetibilidade real ou potencial a agentes ou circunstâncias nocivas e pode ser distinguida em três vertentes: social, psicológica e física (real ou potencial) (Rogers, 1997). A vulnerabilidade social e vulnerabilidade psicológica podem ser preditores da vulnerabilidade física, assim como a vulnerabilidade física influencia a vulnerabilidade social e psicológica e este é um aspeto que deve ser tido em conta.

Realizando o paralelismo, para Meleis e Trangenstein (1994), o enfermeiro cuida da pessoa, integrada num contexto sociocultural (ambiente), que está em fase de transição (neste caso saúde-doença no que concerne à Sra. e situacional no que concerne à sua família), com a intenção (processo de enfermagem) de promover a sua saúde e/ou bem-estar através de um conjunto de ações (intervenções terapêuticas).

À luz da teoria de Meleis e no contexto de transição saúde-doença ou transição situacional, é espectável que a pessoa experimente vulnerabilidade, mas este é um conceito que difere de pessoa para pessoa.

Qualquer ser humano tem necessidade de se sentir respeitado na sua dignidade sobretudo quando sofre o impacto causado pela transição saúde-doença, que o coloca numa posição mais vulnerável. Ao reconhecer-se os aspetos que levam à maior vulnerabilidade do indivíduo, criam-se oportunidades de intervenções de enfermagem facilitadoras de mudança.

Neste sentido e na intervenção terapêutica de enfermagem, o enfermeiro adota estratégias para aumentar os recursos da pessoa através da advocacia, presença (suporte) e prevenção de complicações. Agindo na redução da vulnerabilidade física e social, há que ter em conta que as implicações colocadas por estas podem nunca ser totalmente reparadas devido a muitos fatores não modificáveis por exemplo sexo, etnia ou idade (Rogers, 1997), mas o enfermeiro considera estes fatores no seu planeamento de cuidados, aplicando as regras universais de prevenção e controlo da infeção, avaliando incidentes críticos, com discussão de erros entre grupos profissionais (intra e inter), participa em formação contínua (que se traduz em melhores *outcomes* de saúde para a pessoa e família cuidada) e intervém também ao nível da educação, ajudando a pessoa a aumentar o controlo da sua vida através da decisão informada (*empowerment*).

Por fim e fazendo alusão ao que diz respeito à intervenção terapêutica de enfermagem sobre a vulnerabilidade psicológica, a presença (suporte) tem um papel primordial, não se limitando ao ato de estar presente, mas ao ato de compreensão do processo de transição na sua globalidade, antevendo qualquer deterioração física ou psicológica e ao ato de advogar como eixo central de intervenção. Neste contexto, no que à família diz respeito e tal como advoga Mendes (2015), esta deve sentir que é esperada no serviço e que existem profissionais disponíveis e preparados para os receber, tal como aconteceu durante a visita de familiares à Sra. .

Antes da entrada de cada um dos elementos da família, estes foram preparados para o ambiente extremamente tecnológico que iriam encontrar. O encontro, foi de extrema emotividade. A ansiedade que sentiam pela proximidade à sua familiar, foi transformada num conjunto de sentimentos de medo partilhados verbalmente: o medo do diagnóstico, do prognóstico e depois o medo de interagirem verbalmente e pelo toque com a Sra. por poderem, segundo cada um deles, agravar o mesmo e o seu sofrimento (pelo estímulo induzido).

Na interação com os mesmos, todos estes medos, foram tentados desmistificar, suprimindo a necessidade de informação e dando resposta a cada uma das suas questões. Em particular, o sobrinho da Sra. , percebeu a



importância que o falar e tocar na sua tia teve, na mesma. Recordo que não há palavras para descrever, como na sua expressão não verbal, a Sra. demonstrou o "calor" e o suporte que aquele toque proporcionou, quando ao toque do seu sobrinho abriu os olhos e lhe caíram lágrimas. No seu sobrinho, percebia-se o sossego, o sossego de perceber a importância que tudo isto teve na tia e em si. Tal como Mendes (2015) afirma, estes recordam a sensibilidade ética, quando considerada a sua vulnerabilidade e o respeito que lhe era devido.

### **Referências bibliográficas**

- Brush, D. R., & Kress, J. P. (2009). Sedation and analgesia for the mechanically ventilated patient. *Clin Chest Med*, 30(131);
- CE - Conselho de Enfermagem. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos. *Divulgar*. OE - Ordem dos Enfermeiros. Retrieved from <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>;
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica: Fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta;
- DGS. A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor, Pub. L. No. Circular Normativa nº9/DGCG (2003). Lisboa;
- Direção-Geral da Saúde. (2013). Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor). Retrieved from <http://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/plano-estrategico-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor-penpcdor.aspx>;
- Direção-Geral da Saúde. (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Direção Geral da Saúde (p. 72p);
- Elkin, M. K., Perry, A. G., & Potter, P. A. (2005). *Intervenções de Enfermagem e Procedimentos Clínicos* (2ª ed.). Loures: Lusociência;
- Enfermeiros, O. dos. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica (2010). Portugal;

- Estatística, I. N. de. (2004). Unidade de Cuidados Intensivos. Retrieved December 09, 2015, from <http://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/4451>;
- Hesbeen, W. (2004). *Cuidar neste mundo*. Lusociência;
- IASP. (1994). *Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms*. In *Classifications of Chronic Pain*. (H. Merskey & N. Bogduk, Eds.) (2<sup>a</sup> ed., pp. 210–213);
- Kagan, A., Simmons-Mackie, N., Rowland, A., Huijbregts, M., Shumway, E., & McEwen, S. (2008). Counting what counts: A framework for capturing real-life outcomes of aphasia intervention. *Aphasiology*, 22, 258–280;
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory* (pp. 1–7, 11–51). New York: Spring Publishing Company, LLC;
- Meleis, A., & Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42(6), 255–259;
- Mendes, A. (2015). *A informação à família na Unidade Cuidados Intensivos - Desalojar o Desassossego que vive em si*. Loures: Lusodidacta;
- OE. (2008). *Dor - Guia Orientador de Boa Prática*. (O. dos Enfermeiros, Ed.);
- Orem, D. (1995). *Nursing Concepts of Practice* (5<sup>o</sup> ed.). Mosby Year Book Inc.;
- Peixoto, A., Simões, A., Teles, A., & Osório, E. (2012). *Competências clínicas de comunicação*. (R. M. Cardoso, Ed.). Porto: Universidade do Porto;
- Pepleau, H. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería: um marco de referência conceptual para la enfermería psicodinámica*. Barcelona: Masson-Salvat;
- Phaneuf, M. (2002). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência;
- Reynolds, B. (2009). Developing therapeutic one-to-one relationships. In *Psychiatric and mental health nursing* (2<sup>a</sup> ed., pp. 313–320). London;
- Rogers, A. C. (1997). Vulnerability, health and health care. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 65–72;

- Stites, M. (2013). Observational Pain Scales. *Critical Care Nurse*, 33(3), 68–79;
- Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2014). *Critical Care Nursing: Diagnosis and Management* (7<sup>o</sup> ed.). Missouri: Mosby;
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humano e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.



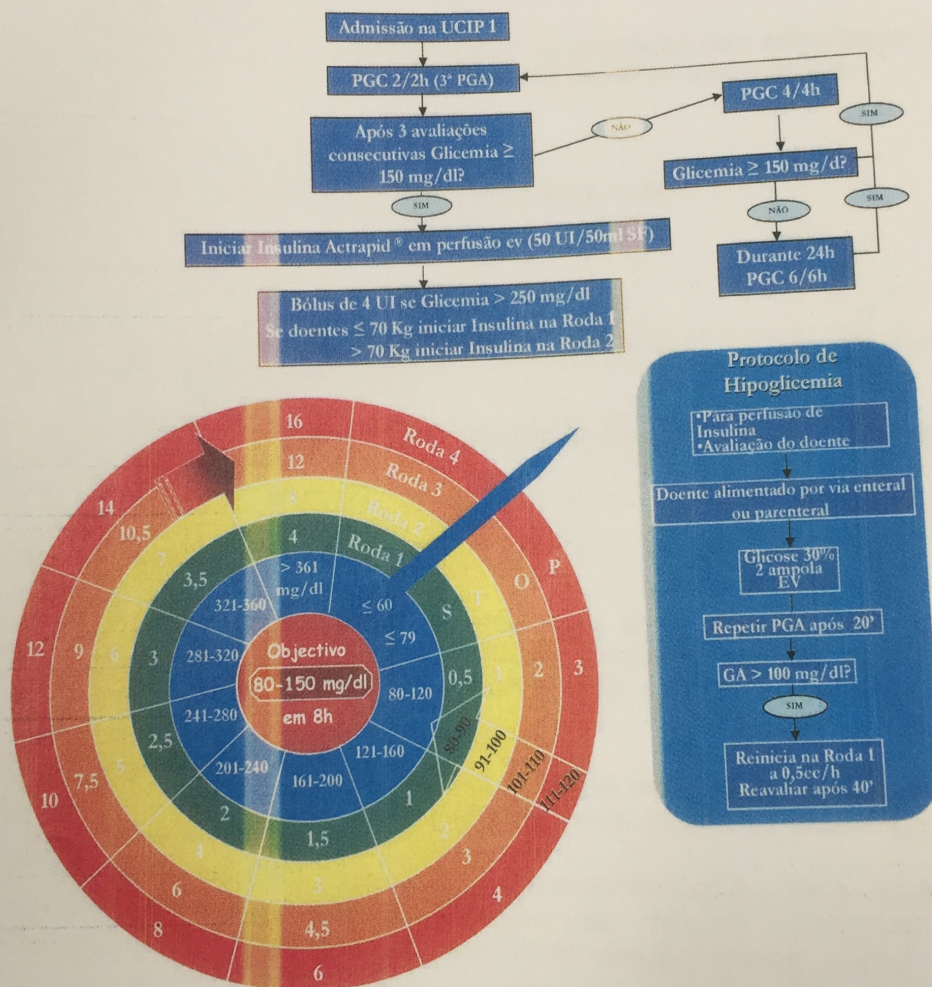
## **ANEXO I**

### **ALGORITMO DO PROTOCOLO DE INSULINA ENDOVENOSA CONTÍNUA, DA UCI**



## Algoritmo do Protocolo de Insulina Endovenosa Continua

### Protocolo de Insulinoterapia Endovenosa Continua para Controlo Glicémico



#### Monitorização da Glicemia:

- PGA 1/h, seguir a roda correspondente ao peso do doente e mudar o ritmo da insulina em perfusão consoante o intervalo;
- Se não houver alteração do intervalo da glicemia em 3 avaliações consecutivas mudar para a roda de fora, na roda 4 passa para o intervalo acima;
- Se glicemia dentro do objectivo por 3 avaliações consecutivas alterar PGA para 2/2h e subsequentemente para 4/4h, mantendo perfusão de insulina correspondente ao intervalo;
- Reduzir o ritmo da insulina da roda 4 para a roda 1, consoante os sub-intervalos do intervalo 80-120mg/dl;
- Retorna a PGA 1/h se:
  - Glicemia fora do objectivo, > 150mg/dl
  - Alteração significativa do estado clínico
  - Início, fim ou alteração do suporte nutricional
  - Início ou fim de corticóides ou vasopressores
  - Início ou fim de técnica dialítica
- Para insulina em perfusão se:
  - Glicemia < 80mg/dl ou segue protocolo de hipoglicemia se ≤ 60 mg/dl
  - Doente sair da Unidade e substitui alimentação parentérica por perfusão de Dextrose a 30% a 20cc/h.





**ANEXO II**

**CERTIFICADO DO CURSO DE VENTILAÇÃO INVASIVA**





## Certificado

Certifica-se para os devidos efeitos que o(a) Ex.mo(a) Senhor(a):

**Catarina Barroso**

Esteve presente no Curso **Ventilação invasiva para enfermeiros** inserido no **III Congresso Internacional de Cuidados Intensivos e Unidades Intermédias do Centro Hospitalar do Porto / XIII Congresso do Arco Iberoatlântico**, realizado nos Cinemas NOS NorteShopping, nos dias 1 e 2 de fevereiro de 2016.

ASCI2810\_30042016193050.1

  
Aníbal Marinho

  
Fernando Rua

  
Chaves Caminha

  
Artindo Guimarães

  
Joana Ramalho

  
José António Pinho

ORGANIZAÇÃO





**ANEXO III**

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO  
3º ENCONTRO DE ENFERMAGEM EMERGÊNCIA  
1º ENCONTRO DE ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM  
ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA



# 3ºeee encontro de enfermagem de emergência



1º encontro  
de  
enfermeiros  
especialistas  
em  
Pessoa em  
situação  
crítica



## Certificado Participação

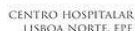
A Associação Portuguesa de Enfermeiros certifica a sua participação no  
**3º Encontro de Enfermagem de Emergência |**  
**1º Encontro de Enfermeiros Especialistas em Pessoa em Situação Crítica,**  
promovida nos dias 20 e 21 de Novembro de 2015, na  
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa – Parque das Nações



**Catarina Barroso**

O Presidente da  
Associação Portuguesa de Enfermeiros:

### Patrocínios:





#### **MESA DE ABERTURA**

Presidente da APE: João Fernandes  
Membro do DEPSC: Ana Sofia Casal  
Membro da ESEL: Cândida Durão

#### **TRIAGEM POR ENFERMEIROS – UMA APOSTA NA QUALIDADE**

Representante do Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores | Triagem pré-hospitalar  
Ricardo Delgado Sanchez | *Enfermero Coordinador Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario* | Realidade Espanhola  
Paulo Freitas | Grupo Português de Triagem |  
Triagem de Manchester: do pré para o intra-hospitalar

#### **ED NURSES MADE IN PORTUGAL**

Rui Sousa | *United Kingdom*  
Ricardo Soares | *Suisse*

#### **ENCONTRO DE ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM EPSC**

**CONFERÊNCIA DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS À ESPECIALIDADE EM ENFERMAGEM:** Elemento do Departamento Enfermagem Pessoa em Situação Crítica APE

#### **CUIDADOS URGENTES E EMERGENTES**

Milene Plácido | CHLN | Cuidados Paliativos no SU  
Célia Batista Aires | HCuf Descobertas | Cuidados de enfermagem especializados perante múltiplas vítimas em situação crítica  
Susana Isabel Leal | CHLC | Gestão da Dor na PSC em contexto de SU e UCI

#### **CUIDADOS INTENSIVOS**

João Dantas | CHLO | Aquisição de competências especializadas no âmbito do suporte de vida extracorporal (ECMO) - Experiência na University of Michigan Medical Center (EUA)  
Ana Pinto | CHLN | Família em UCI  
Filomena Bento | CHLC | Segurança da PSC e comunicação efectiva na transição peri-operatória

#### **A PESSOA VÍTIMA DE TRAUMA: DA RUA AOS CUIDADOS INTENSIVOS**

Luis Carvalho | CHLC | Controlo da PIC  
Francisco Oliveira Martins | CHLC |  
Damage Control Surgery  
Virginia Araujo | CHLO | Damage Control Resuscitation  
João Galdes | HGO | Imobilização da PVT: Como? Quando? E até quando?

#### **CONFERÊNCIA: NOVAS DROGAS, NOVOS DESAFIOS**

Fátima Rato | INEM

#### **CONFERÊNCIA: PRÉ-HOSPITALAR NA SUIÇA: ORGANIZAÇÃO E PAPEL DO ENFERMEIRO**

Etienne Theytaz | SAMU e Centre Hospitalier du Valais  
Romand, Martigny, Suíça

#### **CONFERÊNCIA: ÉBOLA – DA AMEAÇA GLOBAL À RESPOSTA DOS HOSPITAIS EM PORTUGAL**

Natália dos Santos Pereira | DGS

#### **COMUNICAÇÕES LIVRES**

#### **MESA: LIMITAÇÃO DO ESFORÇO TERAPEUTICO**

Sérgio Branco | CHA  
Sérgio Deodato | Universidade Católica Portuguesa

#### **A CRIANÇA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

Francisco Abecassis | CHLN | Trauma Pediátrico  
Rafael Marques | CHLN | O papel do NaCl 3% no controlo da PIC

#### **SUPORTE AVANÇADO DE VIDA – FROM PRAGUE WITH LOVE**

Adulto: Pedro Caldeira HPP Cascais  
Pediátrico: Francisco Abecassis | CHLN

# Programa Oficial



**ANEXO IV**

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NAS 23ª JORNADAS DA  
UNIDADE DA DOR DO HOSPITAL GARCIA DE ORTA





29 JANEIRO 2016	
8.30H	MESA DE ABERTURA
9.00H	OZONOTERAPIA EM DOR CRÓNICA: COMO FUNCIONA?
9.45H	DOENTE JÁ MEDICADO COM PSICOFÁRMACOS. TEM TAMBÉM DOR CRÓNICA, O QUE FAZER?
11.00H	DOR: DECIFRA-ME OU DEVORO-TE
12.00H	Simpósio Grünenthal "VESSATIS®- ACTUA ONDE DÓI"
15.00H	Simpósio Angelini BREAKTHROUGH CANCER PAIN: A HETEROGENEOUS CONDITION
16.30H	5X5: 5 MINUTOS COM CADA UM DOS 5 "EXPERTS" EM TÉCNICAS INVASIVAS "OPEN ASK"
15.15H	Simpósio Ferrer OS OPIÓIDES E OBSTIPAÇÃO
16.15H	TRATAMENTO DA DOR AGUDA EM URGÊNCIA
17.15H	ECOASTOR DIFERENTES PERSPECTIVAS DA DOR LOMBAR
17.15H	ENCERRAMENTO



**ANEXO V**

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO CONGRESSO "STATUS  
5" - TRAUMA, EMERGÊNCIA, REANIMAÇÃO - O ESTADO DA  
ARTE





27 | 28 NOVEMBRO 2015  
FÓRUM LISBOA

## CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certificamos que **Catarina Alexandra de Oliveira Barroso**  
participou no Congresso Científico **Status 5 | Trauma, Emergência,  
Reanimação – O estado da arte**, que se realizou no Fórum Lisboa nos  
dias 27 e 28 de Novembro de 2015



*Joana Marques*

Dr.ª Joana Marques

A comissão Organizadora

*Cláudia*

Enf.ª Cláudia Serrano



[WWW.CONGRESSOSTATUS5.COM](http://WWW.CONGRESSOSTATUS5.COM)





**ANEXO VI**

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO III CONGRESSO  
INTERNACIONAL DE CUIDADOS INTENSIVOS E UNIDADES  
INTERMÉDIAS DO CENTRO HOSPITALAR DO PORTO  
XIII CONGRESSO DO ARCO IBEROATLÂNTICO





III CONGRESSO INTERNACIONAL DE CUIDADOS INTENSIVOS E  
UNIDADES INTERMÉDIAS DO CENTRO HOSPITALAR DO PORTO  
**XIII** CONGRESSO DO  
ARCO IBEROATLÂNTICO

1 e 2 - FEVEREIRO - 2016  
MATOSINHOS

## Certificado

Certifica-se para os devidos efeitos que o(a) Ex.mo(a) Senhor(a):

**Catarina Barroso**

Esteve presente no Curso **Ventilação invasiva para enfermeiros** inserido no **III Congresso Internacional de Cuidados Intensivos e Unidades Intermédias do Centro Hospitalar do Porto / XIII Congresso do Arco Iberoatlântico**, realizado nos Cinemas NOS NorteShopping, nos dias 1 e 2 de fevereiro de 2016.

ASCI2810\_30042016193050.1

  
Aníbal Marinho

  
Fernando Rua

  
Chaves Caminha

  
Arlindo Guimarães

  
Joana Ramalho

  
José António Pinho

ORGANIZAÇÃO





## **ANEXO VII**

*BUNDLE* - PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA À PAV



Bundle da PAV											
Data											
Avaliação diária da possibilidade de desmame ventilatório/extubação	Manhã	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
		Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Avaliação diária da possibilidade de reduzir/parar sedação	Manhã	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
		Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Elevação da cabeça ≥30°	Manhã	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
		Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	Tarde	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
		Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	Noite	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
		Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Manter pressão do cuff ≥20cmH <sub>2</sub> O	Manhã	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
		Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	Tarde	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
		Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	Noite	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
		Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Higiene oral com clorhexidina a 0,2%	Manhã	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
		Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	Tarde	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
		Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	Noite	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
		Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
% de cumprimento da Bundle*											
*(número de critérios cumpridos X100)/5		TOTAL FOLHA CUMPRIMENTO BUNDLE -									





## **ANEXO VIII**

*BUNDLE* - PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AO CVC







**ANEXO IX**  
PROTOCOLO PARA ADMINISTRAÇÃO DE ÁCIDO  
TRANEXÂMICO NO SU



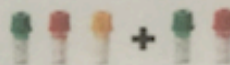
# ÁCIDO TRANEXÂMICO

(Protocolo para administração SU [REDACTED])

## Indicações

- Trauma major com evidência de hemorragia
- Trauma major com risco de hemorragia significativa
- Trauma < 3 horas
- Adulto  $\geq 18$  anos

1. Painel analítico VVT + cálcio + fibrinogénico
2. TEG/Rotem + Tipagem
3. Contactar Imunohemoterapia (tel.99433)



## HIPERFIBRINÓLISE

### SIM

Iniciar/prosseguir  
Ácido Tranexâmico

### NÃO

Não iniciar/suspender  
Ácido Tranexâmico

1. Bólus inicial de 1 gr (2 ampolas 500mg/5ml) em 10 minutos
2. Prosseguir infusão de 1gr (2 ampolas 500mg/5ml) diluído até 40cc SF a 5cc/h nas 8 h seguintes

## CONTRA INDICAÇÕES

- Alergia conhecida ao Ácido Tranexâmico
- Insuficiência Renal
- Antecedentes tromboembolismo
- Gravidez 1º trimestre
- Defeitos adquiridos visão cromática





